

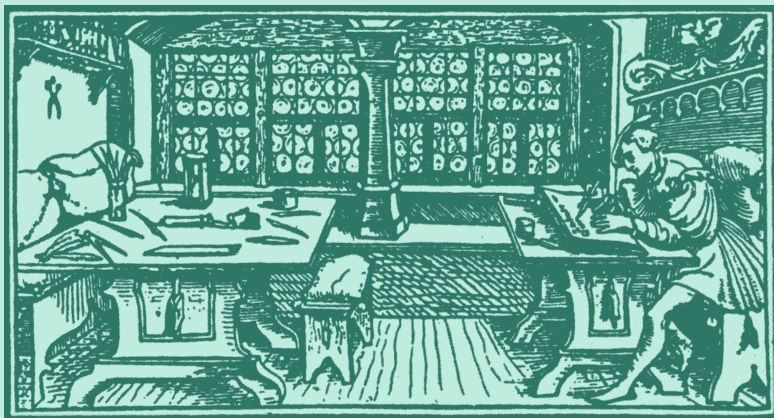
STUDIA

UNIVERSITATIS
BABEȘ-BOLYAI

Educatio Artis Gymasticae

C L U J - N A P O C A

Cluj University Press



SERIES

S T U D I A

UNIVERSITATIS BABEȘ-BOLYAI

EDUCATIO ARTIS GYMNASTICAE

1

EDITORIAL OFFICE: REPUBLICII NO. 24, CLUJ-NAPOCA, PHONE: 0264-405352

SUMAR ♦ SOMMAIRE ♦ CONTENTS ♦ INHALT

GHEORGHE ROMAN, Există un profil al studentului de la facultatea de educație fizică și sport? ♦ <i>Is there a Profile of the Physical Education and Sport Faculty?</i>	3
DUMITRU RAREȘ CIOCOI-POP, Performanță sportivă - record. O abordare din perspectivă filozofică ♦ <i>Sport Performance - Record. A Philosophical Approach</i>	5
MARIANA MAROLICARU, IULIANA BOROS-BALINT, Cultura generală și cultura de specialitate - factori de educație ♦ <i>General Knowledge and Expertise - Educational Factors</i>	11
MARIA MACRA-OȘORHEAN, D. RAREȘ CIOCOI-POP, Educația fizică a studenților - între obligativitate și necesitate ♦ <i>Students Physical Education - Between Compulsion and Necessity</i>	15
IULIANA BOROS-BALINT, Testarea capacității la studenții anilor de studiu I și II ai U.B.B. ♦ <i>Testing the Physical Capacity at the First and Second Year Students Enrolled at the "Babeș-Bolyai" University</i>	19
LEON GOMBOȘ, Comportamente și opinii privind consumul de mass media în rândul studenților de la FEFS din Cluj-Napoca ♦ <i>Behaviors and Opinions Regarding the Mass Media Consumption Among Physical Education Students from Cluj-Napoca</i>	23
ALEXANDRU MUREȘAN, Taxonomia grupurilor sociale ♦ <i>Social Groups Taxonomy</i>	29
NICOLAE HORAȚIU POP, Îmbunătățirea parametrilor competiționali în urma transformării tehnicii în Taekwondo ♦ <i>The Improvement of Competitive Parameters Due to the Technique Transformation in Taekwondo</i>	37

ELENA ZAMORA, MARILENA KORY-MERCEA, Obiectivele generale ale kineto-profilaxiei primare a afecțiunilor degenerative ale aparatului locomotor și mijloacele de realizare a acestora ♦ <i>The General Purposes of the Primary Kinetoprophylaxy of Degenerative Disorder of the Locomotory System and the Ways to Obtain Them</i>	43
ELENA ZAMORA, MARILENA KORY-MERCEA, Exercițiul fizic, componentă a programului de optimizare a stilului de viață al persoanelor supraponderale ♦ <i>The Physical Exercise. A Component of the Lifestyle Optimization Program in Overweight Peoples</i>	47
ZAKARIÁS G., PETREKANITS M., LAUKKANEN R., <i>Validity of the UKK Walk Test in Predicting the Maximal Oxygen Uptake in Hungarian Overweight Men</i>	51
VLAD BERARU, Reintegrarea în societate a persoanelor obeze prin implementarea unui sistem de protecție socială ♦ <i>Social Reintegration of Overweighted People Troughtout the Implementation of a Social Securuty System.</i>	61
DOINA MÂRZA DĂNILĂ, Modificări psiho-comportamentale induse de boală la pacienții cu afecțiuni ortopedico-traumatice ale aparatului locomotor ♦ <i>Psycho-Behavioural Modifications Occured by Illness to Traumatic Affections</i>	67
DOINA MÂRZA DĂNILĂ, Rezultate ale kinetoterapiei pre- și postoperatorii în intervenții chirurgicale de corectare a hiplaziei mamare ♦ <i>The Kinetic Therapeutical Results in Before/After Mammary Hipoplasia Correction Surgery</i>	79
LÁSZLÓ LEVENTE, ELENA ZAMORA, SANDA COVACI, Efectele proprietăților fizice ale apei în recuperarea fizică ♦ <i>The Physical Proprieties of Water in Rehabilitation</i>	89
MELANIA CÂMPEANU, ADRIAN SUCIU, MARA CÂMPEANU, Importanța kinetoterapiei în fractura de malar și de arcadă zigomatică ♦ <i>The Importance of Physical Theraphy in the Malar and Zygomatic Ridge Fractures</i>	93
EMILIA FLORINA GROSU, Conștientizarea fluxului și continuității cu accent pe selecție și rafinamentul mișcărilor în secvențe ♦ <i>Flux and Continuity Awareness with Accent on Selection and Refining Movements in Sequences</i>	99
COSMIN MIHAI MOCA, Repere de abordare psihologică a competițiilor oficiale în tenisul de câmp ♦ <i>Psychological Approach of Official Competitions in Field Tennis</i>	109
SANDOR IOSIF, The Rural Geographical Environment, as a Factor for the Sportive Performance ♦ <i>The Study Takes Into Account the Study of the Geographical Rural Environment and the Climatic Conditions</i>	115
SANDOR IOSIF, Study about the Areas from which the Romanian Performers Medalled at the Olympic Games Come	119
MELANIA CÂMPEANU, MARA CÂMPEANU, IOANA DEBEURRE, Primul ajutor în cazurile de înec ♦ <i>First Aid in Drowning</i>	121
SORIN HOREA COBARZAN, Dezvoltarea calităților motrice prin intermediul jocurilor de mișcare (dinamice) la clasele primare ♦ <i>The Development of the Locomotive Capabilities by Way of Physical Activity Games with Elementary School Classes</i>	127

EXISTĂ UN PROFIL AL STUDENTULUI DE LA FACULTATEA DE EDUCAȚIE FIZICĂ ȘI SPORT?

GHEORGHE ROMAN

ABSTRACT. Is there a profile of the Physical Education and Sport Faculty?

In my opinion the present paper tries incite a discution regarding the formation of the Phosycal Education and Sport Faculty in the context of a developening and modernizing Babeș-Bolyai University.

*"Nimic din ceea ce este util vieții
nu se învață în școală"*
Oscar Wilde

Paradoxul expus de Oscar Wilde conține în mod evident conotații satirice adresate conținutului pur scolastic al unor demersuri paideutice. Putem chiar să afirmăm că acest dicton poate deveni un slogan pedagogic depersonalizat și destul de persuasiv într-o facultate care își exprimă profilul printr-o sintagmă discutabilă în opinia unora: "facultatea de educație fizică și sport".

Dacă am încerca să rezolvăm această problemă numai prin definiții, clișee, noțiuni și nume din sfera culturii fizice am fi tributari nominalismului, de care oricum suntem de multe ori învinuiți.

Așadar nu voi încerca să definesc valențele activității noastre pentru că distinșii mei colegi se străduiesc ca pe parcursul celor patru ani de facultate și apoi un an de "master" să vă formeze o concepție solidă despre valorile fundamentale care trebuie să guverneze domeniul.

M-aș apleca mai degrabă asupra unei probleme care mă frământă de câțva timp: destinul absolventului nostru în contextul societății românești contemporane. Formăm studentului un profil adecvat realității noastre? Problema este vastă și provocatoare pentru toți: studenți, cadre didactice și segmentele de conducere.

Este evident că toți trebuie să ne adaptăm din mers cerințelor reformei care guvernează și viața academică. Iată provocările la care cred eu că trebuie să facem față:

- să descoperim energiile latente din noi și să le aplicăm în inițiative. Suntem prea pasivi! Să acceptăm provocările!
- să acceptăm că "egalitarismul" (chiar și la evaluare) este un rău al istoriei;

- să căutăm ca informațiile, achizițiile noastre să fie "transformate în servicii aduse comunității"! Profilul nostru se supune și legii "cererii și ofertei" societății. Aceste servicii sunt subdezvoltate în comparație cu Comunitatea Europeană!
- să evităm să devenim "cetățeanul minimal" (ușor de manipulat, destul de nesigur pe instituții și legi, destul de sărac, detașat de realitate, aproape afazic) care prin lipsă de educație, informație, inițiativă devine și mai sărac, blazat, mai ușor de manipulat.

În concluzie încercați să introduceți în ecuația

$$y = \alpha + \alpha_1(-x)$$

următoarele date:

α = latențe difuze ale personalității Dvs. (comunicare, acces la informație, dorință de achiziții spirituale) care pot fi activate prin efort comun;

α_1 = forme de activare ale latențelor difuze ale personalității Dvs.;

$(-x)$ = conjuncturi negative care trebuie să le identificați și să le eliminați (egalitarism, indolență, lipsă de comunicare, lipsă de educație, studiu insuficient, lipsă de organizare etc.). Fiecare dintre noi poate să-și identifice în mod subiectiv o serie de aspecte negative" pe care prin efort de voință le poate elimina.

y = forma de descărcare a energiei răscolite de latențele difuze. Dacă y are valoare pozitivă suntem pe drumul cel bun! Important este ca suma componentelor lui α să fie mai mare decât produsul $\alpha_1(-x)$.

Chiar dacă multe elemente componente introduse în ecuație sunt subiective, consider că ele pot constitui un ajutor pentru cei care doresc să-și definească "profilul" în contextul societății românești actuale.

PERFORMANȚĂ SPORTIVĂ – RECORD. O ABORDARE DIN PERSPECTIVĂ FILOZOFICĂ

DUMITRU RAREȘ CIOCOI-POP¹

ABSTRACT. Sport Performance – Record. A Philosophical Approach.

The paper represents a philosophical and historical approach of sport significance and of elite sport. Sport performance, especially the sport record represents the fulfillment of the permanent desire of progress of the human kind

Părintele mișcării olimpice, Pierre de Coubertin, a spus ca recordul sportiv are aceeași funcție în ideologia Olimpismului ca și principiul gravitației în mecanica newtoniană. (Loland 1995). Recordul este, putem spune, axioma eternă a sportului.

Coubertin fără îndoială a avut în multe privințe dreptate. Fascinația pentru recorduri este elementul cheie al fascinației noastre pentru sport. Recordul reprezintă materialul din care sunt construite miturile și legendele. Recordul este un mesaj simbolic al măreției umane și al posibilităților infinite.

Un record sportiv este o performanță, măsurată în unități de măsură exacte într-un cadru standardizat definit de regulile sportive, care este superioară tuturor performanțelor anterioare măsurate în același mod. Recordurile sportive tipice sunt în atletism, înot sau haltere.

Ideea de record își are originea într-o ambianță istorică, socială și culturală particulară în Anglia secolului XIX. O lume empirico-matematică bazată pe descoperirile științelor naturale moderne era predominantă cel puțin în rândul claselor superioare. Liberalismul clasic sublinia idealurile care promovau oportunități egale. Toți cetățenii trebuiau să se întâlnească în termeni egali în căutarea fericirii. Industrialismul a fost în multe feluri purtătorul unor idealuri puternice de progres cuantificabil înăuntrul unui cadru standardizat și raționalizat. Recordul sportiv poate fi văzut ca și echivalentul modern și științific al faptelor eroice. Britanicii au introdus noi reguli care să asigure oportunități egale, măsurare performanței făcându-se într-un mod exact. Standardizarea arenelor sportive și îmbunătățirea tehnologiilor de măsurare a permis compararea performanțelor peste timp.

¹ Facultatea de Educație Fizică și Sport, Universitatea "Babeș-Bolyai" Cluj-Napoca.

La începutul secolului XX, datorită îmbunătățirii mijloacelor de comunicație în general și a reluării Jocurilor Olimpice în particular, sportul de performanță a devenit un fenomen internațional. Nevoia de progres și noi recorduri este probabil cel mai clar articulată în motto - ul olimpic: citius, altius, fortius. Sportul a devenit exemplul paradigmatic a Zetgeist-ului timpului, sau după cum spunea Konrad (1990) ritualul predominant pentru mitul progresului.

Motto -ul olimpic este un concentrat al credinței în progresul etern. Sportul de performanță modern a fost mult timp considerat ca fiind opusul spotului din vechea Eladă care pune accentul pe armonia dintre corp și suflet. În concordanță cu cercetări recente s-a demonstrat ca acesta este un mit care își are originea în cluburile burgheze și în saloanele europene ale secolului XIX. Sportul grec era axat pe victorie, înfrângerea însemnând rușine și dezonoare. Era foarte individualist, deseori brutal, atleții se dopau, se acordau premii importante în bani și recompense, atleți erau profesioniști, învingătorii erau priviți ca eroi și erau adulați de mase. Homer arată ca scopul în viață este "să câștigi și să îi întreci pe ceilalți"

Sportul modern are multe paralele cu sportul grec dar există și diferențe importante. O caracteristică importantă a sportului modern, care îl distinge de cel grec, este credința în progresul continuu precum și căutarea continua de noi recorduri.

În concordanță cu Robert Nisbet ideea de progres sistematic, de dezvoltare de la rău spre mai bine, își are origine în Europa secolului XV și a fost sistematizată în timpul iluminismului prin teoriile dezvoltării raționale, globale și tehnice. Uzul rațiunii trebuie să îmbunătățească condiția tuturor oamenilor. Teoriile precedente au fost teoriile ascensiunii și decăderii sau a unui declin permanent. În epoca clasică predomina ideea epocii de aur corespunzătoare perioadei greco-romane, perioadă urmată de un declin constant. Tradiția iudaică merge pe ideea suferințelor și coborâșurilor corespunzătoare relației poporului ales cu Dumnezeu.

Ideea de progres continuu este în ultimul timp contestată din ce în ce mai puternic. Datorită evenimentelor dramatice ale secolului XX: războaie mondiale, bomba atomică, lipsa de resurse, creșterea continuă a populației mulți au început să pună sub semnul întrebării noțiunea de progres. Se pare că nu sunt doar limite ecologice la progres ci și sociale, culturale și personale. În sport trebuie să existe limite. Datorită performanțelor crescute și a ultimelor recorduri mondiale se pare că ne apropiem asimptotic de o limită a ceea ce este posibil pentru ființa umană. Se pune problema dacă sportul va deveni stagnant dacă nu vor mai fi stabilite recorduri sau ideea de progres liniar ar trebui părăsită în favoarea unor paradigme mai flexibile, dinamice și orientate spre stabilitate.

Credința în rai include adesea noțiunea unei realizări simultane și completă a tuturor tipurilor de bine. Experiența noastră în lume ne demonstrează însă că de fapt are loc contrariul. Progresul într-un domeniu este compensat de declinul într-altul. Este imposibil să optimizăm toți parametrii în același timp, maximizarea globală este imposibilă. Dacă presupunem că sportul de performanță este evaluat în

funcție de mai mulți parametri: performanță, bucurie, valoare culturală, sănătate, morală, integrare socială, modelul ideal este acela în care toți parametrii converg spre un nivel optim. Se pune întrebarea dacă acest model este viabil prin prisma cursei pentru noi recorduri.

Dezvoltarea și creșterea importanței mass media în acest secol a crescut interesul publicului în sport. Reportajele despre sport au devenit o parte importantă a ziarelor și a revistelor populare. Schimbarea definitivă a venit odată cu apariția media electronică și în special cu televiziunea. Astăzi milioane de oameni pot să privească în direct evenimente sportive, posibilitate pe care înainte o aveau doar câțiva care erau prezenți la stadion.

Datorită posibilității de câștiguri în termeni de profit și prestigiu care sunt datorate unei audiențe în lumea întreagă, abundența de resurse în sport a crescut. Selecția sistematică a talentelor a crescut posibilitatea selecției celor mai dotați din punct de vedere genetic. Datorită cadrului socio-economic, a standardelor crescute de viață, și a dezvoltării științei sportului, potențialul talentelor individuale este utilizat la un nivel crescut.

Caracteristica centrală a sportului este competiția, performanța pentru a distinge câștigătorii și învinșii. Ideea de record este o expresie clară a unei practici sociale particulare cu scopurile și valorile sale. În același timp ideea reprezintă ceva nou. Trecerea de la faptele eroice premoderne la record nu este doar o dezvoltare graduală ci este un pas calitativ.

Marile performanțe descrise în povestirile eroice sau în ritualurile de trecere a diferitelor culturi au o limită. Ele reprezintă un standard stabil. Recordurile sportive pe de altă parte nu acceptă un scop static bine definit. În acest caz logica este ca orice performanță, oricât de bună ar fi trebuie să fie provocată imediat.

Recordurile pot fi atacate la infinit. Pe măsură ce tehnologia avansează este posibil să se detecteze și îmbunătățirile microscopice ale unei performanțe.

În esență problema care se pune este aceea că cerința de noi recorduri este construită pe imposibilitatea unei creșteri nelimitate într-un sistem limitat.

Inovațiile tehnologice și științifice furnizează noi posibilități. Manipularea biochimică a performanței atletice, dopingul, plus aplicarea de biotehnologii radicale și aici ne referim la maparea genelor performanței influențează în mare măsură rezultatele sportive. Filozoful și criticul culturii Georg Henrik von Wright vorbește de imperativul tehnologic. Dacă o anumită tehnologie este disponibilă și este eficientă în obținerea scopurilor dorite, ea va fi utilizată fără a se ține seama de costuri.

Criza ecologică ilustrează cum dorința de creștere materială și economică nelimitată este inconsistentă cu resursele limitate ale pământului. În sportul de performanță, nevoia de recorduri poate duce la o catastrofă ecologică umană, sau la o "dezumanizare a sportului". Obsesia pentru recorduri amenință însăși ideea de bază în sportul de performanță: aceea că acesta se preocupă în mod primar cu performanța umană naturală. Sportul devine o zonă de risc uman.

Obsesia pentru rezultate și pentru victorie poate duce la consecințe nefaste în toate sporturile. Totuși sporturile unde nu se poate vorbi de recorduri absolute precum și în jocurile sportive sunt mai ferite de efectele negative ale acestei "curse" după rezultate. Dopingul poate face un sportiv mai rapid sau mai puternic dar dezvoltarea talentului se poate face doar prin interacțiuni sociale. Nici o substanță nu poate dezvolta tehnica sau abilitatea de a lua decizii tactice corecte.

Sportul de performanță modern este complet dependent de sistemul de oameni care îl înconjoară pe atlet. Acest sistem complex îl are în centru pe atlet urmând apoi antrenorul, personalul medical, cei implicați în probleme legate de știință și tehnologie, liderii organizațiilor sportive, sponsori, specialiști de marketing, presă și public. Sportul s-a dezvoltat într-un sistem, sportivul făcând parte dintr-o organizație vastă care intră în competiție cu organizații similare, lupta ducând-se nu numai în arenele sportive. Astfel când vine vorba de respectarea unor standarde morale sunt mai multe probleme cu persoanele din jurul sportivului decât cu acesta.

Mai există o problemă interesantă legată de sportul de performanță. Putem avea mai multe tipuri de morală? Conform teoriilor kantiene regulile morale trebuie să fie universale. Nu există o moralitate privată. Sportivii se presupune că sunt sănătoși, cinstiți și "curați". Dar în ultimul timp sportul se pare că s-a mutat în sectorul artistic și că a trecut "dincolo de bine și rău" Acest lucru intră în contradicție cu mai bine de o sută de ani de tradiție ideologică în care sportul este asociat cu moralitatea. Sportul nu dezvoltă doar aptitudinile și talentele unei persoane ci și caracterul. Dar această transfer dintr-un sector în altul cauzat de factori precum profesionalizarea sportului, rolul său de spectacol sau de distracție nu mai are nimic de-a face cu sănătatea.

Dar în acest caz care ar trebuie să fie nivelul etic în sportul de performanță? Sportul așa cum a fost dezvoltat de britanici în secolul XIX avea atașate norme morale cum ar fi fairplay-ul sau generozitatea. Sportul trebuia să dezvolte de asemenea caracterul și să promoveze virtutea. Dar normele etice în sportul modern de performanță au fost suplinate de atitudinea utilitară, în care atleții și întregul sistem încearcă să maximizeze utilitatea subiectivă așteptată de ei. În cele mai multe cazuri victoria este considerată ca fiind utilitatea cea mai mare, mult mai importantă ca sănătatea sau cinstea astfel că dopajul este larg răspândit.

Se pune problema dacă ar trebui să promovăm virtuțile sau doar să evităm viciile. Sportul de performanță trebuie să aibă ambiții mai înalte. Formarea caracterului, dezvoltarea virtuților, trebuie să aibă un loc în sportul de mare performanță. Altfel sportul degenerază în distracție. Aceste probleme sunt cu atât mai valabile cu cât sportul se apropie de limitele performanței umane. Sportul de performanță trebuie să fie caracterizat de etos și stil chiar la nivelul său extrem. Recordurile în cele mai multe sporturi indică o creștere liniară dar curba recordurilor se apaltizează din ce în ce mai mult astfel că trebuie să ne punem problema asupra căii de urmat. Vom urma o etică nietzscheană conform căreia victoria este totul sau una umanistă care pune bază pe cinste și unde calea prin care se obține victoria este la fel de importantă ca și victoria în sine ?

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Gunnar Breivik, *Limits to Growth in Elite Sport - Some Ethical Considerations*, <http://www.bu.edu/wcp/Papers/Spor/SporBrei.htm>
2. Sigmund Loland, *The Record Dilemma*, <http://www.bu.edu/wcp/Papers/Spor/SporLola.htm>
3. Heather L. Reid, *Sport, Education, and the Meaning of Victory*, <http://www.bu.edu/wcp/Papers/Spor/SporReid.htm>

CULTURA GENERALĂ ȘI CULTURA DE SPECIALITATE- FACTORI DE EDUCAȚIE

MARIANA MAROLICARU, BOROS-BALINT IULIANA

ABSTRACT. General Knowledge and Expertise – Educational Factors.

The paper synthesizes the results of a inquiry done over a period of 12 years, on a number of 960 students of the FEFS Cluj-Napoca. The aim of the inquiry was the importance given by the students to their professional training considering their general and specialty culture. We were concerned by the information tools used and the place of reading in their life.

1. Visul majorității absolvenților de liceu este să urmeze și să absolve cursurile unei facultăți. Unul din marile avantaje ale democrației constă în aceea, că s-au creat posibilități care permit tinerilor, ce doresc, să urmeze două sau chiar trei facultăți, să-și continue studiile postuniversitare și, mai ales, să poată învăța la universități din alte țări. Acest fapt le deschide noi orizonturi, ei vin în contact cu alte culturi, obiceiuri tradiții.

Problema care se pune este în ce măsură studenții (facultății noastre) au cunoștințele necesare, au o bază de cultură generală care să le permită să înțeleagă ceea ce văd, să abordeze realist anumite probleme, să recunoască anumite repere geografice, monumente ș.a. despre care au luat cunoștință în călătoriile lor.

2. Preocupându-ne de această problemă ne-am propus să realizăm o anchetă, care a avut în atenție următoarele aspecte:

- a) Care sunt lecturile studenților facultății noastre?
- b) Care este conținutul activităților de timp liber?
- c) Ce motive i-au determinat să urmeze cursurile acestei facultăți?

3. Aceste probleme au fost teme de anchetă, a căror date au fost analizate și interpretate pe o perioadă cuprinsă între anii 1991-2002.

Au fost selecționate, aleatoriu, câte 80 de subiecți pentru fiecare an, ceea ce înseamnă 960 de subiecți de ambele sexe.

Fiind întrebați, care au fost motivele care i-au determinat să urmeze cursurile Facultății de Educație Fizică și Sport, subiecții au declarat:

- am făcut sport de performanță și mi s-a părut firesc (rang I);
- întotdeauna mi-a plăcut sportul și posibilitățile profesionale pe care le oferă (rang II);

- iubesc sportul și copiii (rang III);
- n-am știut ce altceva pot face (rang IV).

Am mai primit și alte răspunsuri, dar nesemnificative ca număr, cum ar fi:

- "ai mei și-au dorit să fac o facultate";
- "dacă termin, aş putea să lucrez ca antrenor în străinătate".

Subiecților li s-a pus întrebarea: "Când ați citit ultima carte, cum s-a numit, notați și autorul, prezentați pe scurt subiectul cărții". Răspunsurile primite ne arată, că fiecare an, din perioada vizată, are specificul său, atât în ceea ce privește numărul consumatorilor de carte, cât și a preferințelor subiecților.

Pentru exemplificare, prezentăm situația în cei mai reprezentativi ani (1991, 1994, 2001). Răspunsurile au fost sintetizate astfel:

I – literatură universală;

II – literatură română;

III – filozofie, istorie, memorialistică;

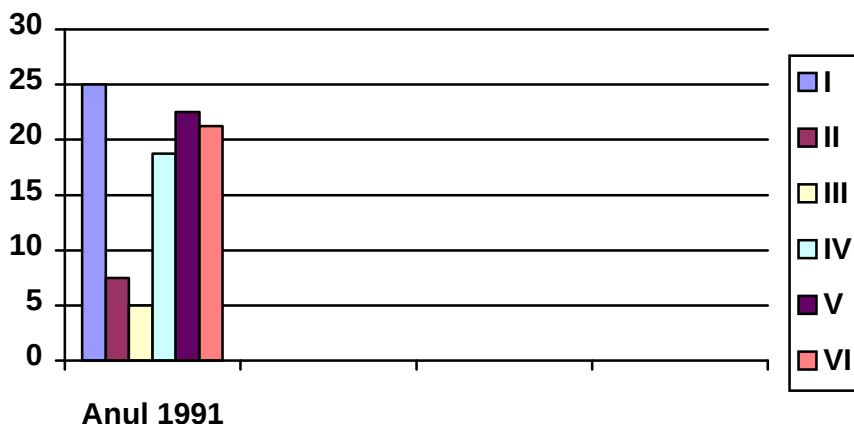
IV – cărți și volume de specialitate;

V – n-am citit nici o carte în ultimele 6 luni;

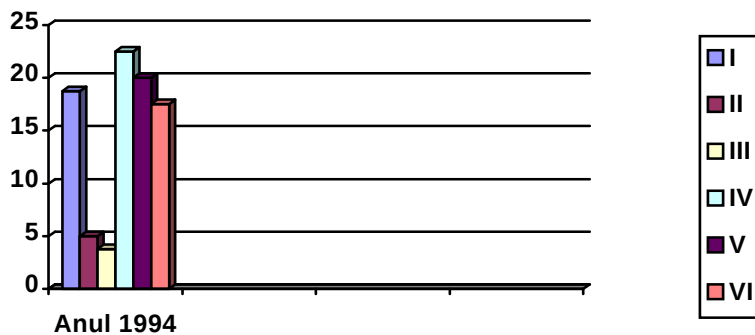
VI – n-am citit nici o carte de mai mult de un an.

Prezentăm grafic situația referitoare la conținutul lecturilor pentru fiecare din cei patru ani, astfel:

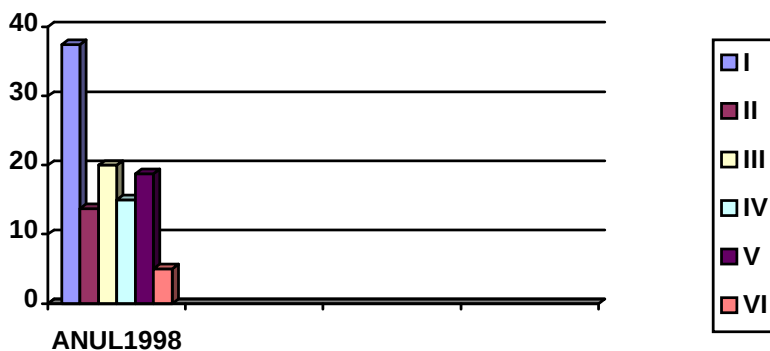
Grafic nr. 1 – anul 1991



Grafic nr.2 – Anul 1994



Grafic nr.3 – Anul 1998



Grafic nr.4 – Anul 2001



La întrebarea: "Ce surse de informare folosiți?" am primit răspunsuri, ca:

- "citesc ziare de sport"
- "citesc cursuri și cărți de specialitate"
- "discut cu colegii"
- "folosesc INTERNET-ul"

Cert este că începând cu anul 1999 studenții folosesc foarte mult INTERNET-ul. Cele mai căutate adrese sunt cele care prezintă sport, mașini, bancuri, sport, dar și bibliografie pentru referate, noutăți din domeniu.

Din păcate, numărul de utilizatori ai INTERNET-ului pentru îmbogățirea cunoștințelor este încă foarte mic.

Este evident că sunt destul de puțini studenți, care au o continuitate în lecturi și care sunt preocupați de formarea lor potrivit rigorilor pe care le impune statutul de student, viitor absolvent.

Pentru a vedea ce fac în timpul liber, cât din timp acordă pregătirii profesionale, li s-a cerut să completeze, timp de o săptămână un jurnal în care din momentul trezirii să noteze pe ore toate activitățile până la ora "stingerii".

Prelucrarea informațiilor primite ne-au permis să aflăm că pe parcursul unei zile se ascultă în medie 3,5 ore de muzică; întâlnirea cu prietenii – 4 ore; plimbări – 2 ore; pregătire școlară – în medie 30 de minute. Făcând aceste calcule pentru o săptămână rezultă că: se ascultă muzică (acasă, în discotecă etc.) 240,5 ore; timp acordat întâlnirilor 120 ore; vizionare filme, programe TV 23 ore și 20 de minute; competiții 40 ore; studiu 11,5 ore.

4. Ancheta ne-a relevat importanța bunei organizări a programului de activitate pe parcursul unei zile, identificarea priorităților pentru a reuși în demersul de a deveni profesor/antrenor.

Lectura, cartea în general, are un rol important în îmbunătățirea vocabularului, în formarea unui limbaj elevat, fapt ce permite o bună comunicare, noi prietenii, posibilitatea de a te exprima liber, fără complexe.

Studiile universitare, în primul rând profesorii, au menirea și obligația morală să le faciliteze studenților drumul spre devenire, să le creeze încredere în forțele lor.

Cartea, informația pertinentă din diverse surse pot îndeplini un rol activ și totodată pozitiv în modelarea tânărului în măsura în care, prin conținutul lor, răspund în mod adecvat cerințelor omului mileniului III.

EDUCAȚIA FIZICĂ A STUDENȚILOR – ÎNTRE OBLIGATIVITATE ȘI NECESITATE

MACRA- OȘORHEAN MARIA, CIOCOI-POP D. RAREȘ

ABSTRACT. Students Physical Education – Between Compulsion and Necessity. The paper presents the results of an inquiry regarding physical education and the way the students perceive this activity: as being compulsory or as being a necessity. We questioned a number of 185 students from the Faculty of Letters of the "Babeș-Bolyai" University. The answers to our questionnaire and the information we received from discussions with the subjects shown the fact that they realize the necessity of this activity but they are complaining about the material basis, the schedule and the big distance among various locations. It is confirmed that some medical excuses are not real. The organization of medical physical culture groups is a necessity. It is also stressed out the opportunity of student competition activity.

1. "Educația fizică și sportul contribuie la procesul de transformare a copilului în adult și la integrarea socială a acestuia în societate. Prin faptul că îl capacitează atât cu competențe de ordin motric, cât și biologic, funcțional, psihic, moral, cele două activități au devenit indispensabile în procesul de dezvoltare a personalității umane"* Aserțiunea este un adevăr incontestabil și, valențele educației fizice și sportului pot fi adaptate pentru orice vârstă.

Educația fizică și sportul își au originea lor și trebuie abordate într-o viziune sistemică, aceasta semnificând rolul și importanța acestor activități la tineri, în speță la studenți. Grație hotărârilor Ministerului Educației și cercetării, disciplina educație fizică este prevăzută în planurile de învățământ, cu caracter obligatoriu pentru studenții anilor I și II, de la toate facultățile.

2. Problema care este în atenția noastră vizează cadrul metodologic și organizatoric al lecțiilor de educație fizică la studenții anilor I și II (exceptând facultățile de profil).

Subiecți ai investigației noastre au fost studenții de la Facultatea de Litere ai Universității "Babeș-Bolyai" Cluj-Napoca.

*Dragnea Adrian (coord.), *Teoria educației fizice și sportului*, București: Editura FEST, 2002, p.133.

S-au făcut sondaje de opinie și s-au aplicat succesiv la două serii de studenți (1999-2000), un chestionar cu 10 întrebări. La anchetă au fost cuprinși 185 de studenți, din anii I și II.

3. Informațiile primite, prin prelucrarea răspunsurilor la chestionar ne relevă faptul, că ele conștientizează importanța și necesitatea educației fizice și sportului în regimul de viață, dar plasarea inconvenabilă a orei în orar și, mai ales, distanța mare de la facultate la Parcul Sportiv determină pe multe studenți să recurgă la scutiri medicale, dar obligându-le să vină la ore am observat că s-au angrenat treptat în activitate, nemaipunându-se problema scutirilor.

Pentru studenții care au scutiri medicale se impune "reînființarea" grupelor de gimnastică medicală, activitate în care programele să fie individualizate pe afecțiuni și în funcție de posibilitățile lor. Dar efectivul mare (50) de studenți pe grupă, care nu este impus (din motive financiare) nu permite crearea altor grupe.

Este interesant de subliniat faptul că o parte din studenți, care în liceu au participat efectiv la orele de educație fizică în prezent sunt scutiți, iar motivele pentru care sunt scutiți pun sub semnul întrebării veridicitatea scutirilor (multe din studenți au recunoscut, în final, că și-au luat scutiri din cauza distanței până la Parcul Sportiv și din cauza orarului care nu asigură un timp optim necesar pentru această activitate).

Un alt motiv pentru care considerăm fictive unele scutiri este și acela unele din studenți participă la programe de aerobic în sistem privat.

4. Din cele 185 de studenți investigați doar 21 (11,35 %) au făcut sport într-o formă organizată, mai ales în cadrul școlilor pe care le-au absolvit. Între sporturile practicate au enumerat: atletism, volei, baschet, gimnastică.

Între formele de "mișcare" pe care le practică în prezent studenții enumeră în ordine, astfel:

- jogging.....32,5 % (rang I);
- aerobic.....18,37 % (rang II);
- gimnastică de întreținere (individual).....10,8 % (rang III).

Pentru majoritatea subiecților ora de educație fizică reprezintă ocazia de a face mișcare în mod organizat; doar 24,32 % au continuat în practicarea diferitelor forme de mișcare.

În preferințele subiecților se înscriu, în ordine:

- gimnastica aerobă – rang I;
- jocuri sub formă de întrecere – rang II;
- gimnastica de întreținere – rang III;
- atletism – rang IV;
- baschet – rang V;
- non răspunsuri – 6,48 %.

Aceste activități au fost alese ținând cont și de posibilitățile materiale de care dispunem.

Studentele consideră necesară educația fizică, dar reclamă condițiile de desfășurarea acestei activități. Ar fi necesare săli de sport cu dotările aferente, căci baza materială de care dispunem nu este suficientă pentru numărul mare de studenți care participă la activitate.

O parte dintre studenți recunosc că participă la activitate pentru că este obligatorie, neînchirarea situației la educație fizică atrage o serie de penalizări (nu au dreptul să plece la studii în străinătate; nu primesc bursă ș.a.).

Subiecții anchetei noastre sunt de acord și doresc organizare de competiții sportive, în sistemul universitar. Acestea ar da "culoare" (după cum notează un subiect) acestei activități, ar crea emulație în rândul studenților. Această idee o împărtășim și o susținem și noi. Organizarea competițiilor sportive studențești la diferite niveluri (grupă, an, interfacultăți, interuniversități) ar însemna revigorarea activității sportive, ar crea emulație și în același timp ar fi ca o "concluzie" a acestei activități.

Experiența practică și datele rezultate din investigație ne arată că abordarea lecțiilor de educație fizică (conținut, metode) trebuie să țină cont de particularitățile colectivului, dar și de specificul facultăților.

Mijloacele folosite să fie selectate în funcție de preferințele studenților (și corespunzătoare posibilităților materiale).

Lecția de educație fizică trebuie să fie o modalitate de îmbinare a plăcutului cu utilul, să fie un mijloc de a-i învăța pe studenți să dialogheze cu propriul corp, controlându-și psihicul, pentru că se știe: confortul biologic este efectul inter – influențării dintre psihic și corp.

Chestionar – Preferințe pentru lecția de educație fizică

1. Participi cu plăcere la orele de educație fizică?

DA

NU

Dacă DA, explică de ce.

2. În liceu ai participat la orele de educație fizică sau ai fost scutită. În acest ultim caz explică de ce?

3. Ai făcut sport pentru întreținere sau sport de performanță, care?

4. În prezent, ce forme de "mișcare" practici?

5. Practici anumite sporturi (care):

ocazional

din când în când

frecvent

(subliniază ce ți se potrivește)

6. Ce-ai vrea să faci la orele de educație fizică?
(notează de la 1 la 5 în ordinea preferinței)
 - gimnastică aerobică
 - gimnastică de întreținere
 - atletism
 - baschet
 - diferite jocuri sub formă de întrecere
7. Consideri necesară și oportună educația fizică în programul vostru?
DA NU
8. Consideri că programul este încărcat și activitățile vă solicită prea mult?
9. Consideri că o parte din scutirile medicale sunt "aranjate" și care ar fi motivele?
10. Consideri că necesară organizarea de competiții studențești?
DA NU

TESTAREA CAPACITĂȚII DE EFORT LA STUDENȚII ANILOR DE STUDIU I ȘI II AI U.B.B.

IULIANA BOROS-BALINT*

ABSTRACT. *Testing the Physical Capacity at the first and Second Year Students enrolled at the "Babes-Bolyai" University.* The paper presents the results of Rufier Test. I tested a number of 45 students for the Faculty of Letters, of the "Babes-Bolyai" University. The results was: 0% very well; 2,22% well; 24,45% medium; 33, 33% satisfactory; 40% unsatisfactory.

1. Activitatea de educație fizică în învățământul superior marchează o etapă superioară în formarea studenților. Alături de celelalte discipline ea contribuie prin mijloacele sale la dezvoltarea personalității și la integrarea în societate.

2. Capacitatea de efort reprezintă putința de a obține o reușită în executarea sarcinii și profesiei susține Pieron (citată de A. Dragnea, 1999).

Capacitatea de efort este o caracteristică a individului care desfășoară activitatea motrică. În timpul unor activități motrice cu intensități mari, pentru un subiect, nivelul de solicitare a organelor și sistemelor corpului este diferit. În timp ce unele ajung la capacitatea lor maximă de funcționare, altele sunt departe de aceasta, de consumul rezervelor funcționale.

3. Studiul vizează testarea capacității de efort la început de semestru, la studenții anilor I și II, de la Facultatea de Litere ai Universității "Babes-Bolyai".

S-a aplicat testul Rufier la un număr de 45 studenți la începutul semestrului II al anului universitar 2002/2003, subiecții având vârsta cuprinsă între 19-21 ani.

Testul Rufier

Este un test simplu, de tiraj, valabil în special pentru copii, în general pentru persoane neantrenate..

Tehnică: Subiectul în poziția șezând își măsoară frecvența cardiacă pe 15 secunde (puls de repaus= P_1). Se execută apoi 30 de genoflexiuni în 45 secunde, cât mai corect posibil, după care subiectul se așază în poziția inițială. Se măsoară frecvența cardiacă pe 15 s între secundele 0-15 post efort (puls de efort= P_2) și între secundele 45-60 ale primului minut post-efort (puls de revenire= P_3). Toate cele 3 valori de puls prin înmulțire cu 4 dau valorile/minut.

* Universitatea "Babeș-Bolyai" Cluj-Napoca, Facultatea de Educație Fizică și Sport.

Se aplica apoi formula: R(Testul Rufier)

$$\frac{(P_1+P_2+P_3)-200}{10}$$

Interpretare:

-valori mai mici de 0-F. Bine;

-valori între 0-5=Bine;

-valori între 5-10=Mediu;

-valori între 10-15=Satisfacator;

-valori mai mari de 15=Nesatisfacator si reclama investigatii suplimentare, in special cardio-vascular.

4. In urma aplicării testului am obținut următoarele date, care vor fi prezentate grafic.

Nr.Crt.	Initiala nume si prenume	Sex	P ₁	P ₂	P ₃	R
1.	A.M.	F	80	128	84	9,2
2.	A.I.	F	80	120	93	9,3
3.	B.A.	F	60	132	80	7,2
4.	B.A.	F	83	138	84	10,5
5.	B.A.	F	102	148	124	17,4
6.	B.B.	F	64	128	108	10
7.	B.C.	F	112	140	140	19,2
8.	B.Cs.	F	100	132	120	15,2
9.	B.M.	F	82	134	88	10,4
10.	B.N.	F	82	193	80	15,5
11.	B.R.	F	81	128	92	10,1
12.	B.B.R.	F	92	136	120	14,8
13.	C.I.	F	84	100	86	7,0
14.	C.V.	F	80	120	84	8,4
15.	F.Cs.	F	60	116	68	4,4
16.	F.O.	F	100	152	104	15,5
17.	G. E.	F	92	142	120	15,4
18.	G.F.	F	120	162	142	22,2
19.	G.M.	F	108	160	120	18,8
20.	G.T.	F	120	142	120	15,6
21.	H.A.	F	81	184	124	18,9
22.	J.R.	F	88	141	94	12,3
23.	I.M.	F	64	112	128	10,4
24.	K.E.	F	80	120	84	8,4
25.	K.R.	F	100	158	120	17,8
26.	K.T.	F	100	136	104	14

Nr.Crt.	Initiala nume si prenume	Sex	P ₁	P ₂	P ₃	R
27.	K.T.	F	84	124	72	8
28.	L.A.	F	104	172	154	23
29.	L.I.	F	92	176	102	17
30.	M.B.	F	100	156	84	14
31.	M.K.	F	80	144	122	13,6
32.	M.R.	F	104	136	104	14,4
33.	N.I.	F	80	135	84	9,9
34.	N.A.	F	84	160	160	20,4
35.	N.M.	F	92	124	120	13,6
36.	N.O.	F	96	160	120	17,6
37.	N.R.	F	88	120	96	10,4
38.	P.A.	F	130	160	140	23,0
39.	P.A.	F	84	140	90	11,4
40.	P.E.	F	100	132	100	13,2
41.	S.E.	F	80	104	88	7,2
42.	Sz.H.	F	104	144	124	17,2
43.	T.A.	F	80	116	88	8,4
44.	T.T	F	64	184	132	18
45.	T.Sz.I.	F	92	142	92	12,6

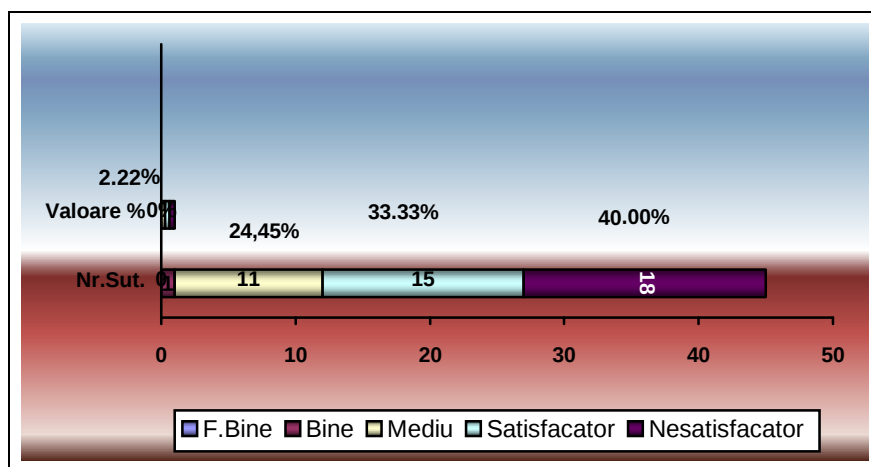


Figura 1

5. Prelucrarea datelor obținute releva faptul ca 40% din totalul studentelor testate au avut rezultate **nesatisfăcător**, adică capacitatea de efort este îngrijorător de scăzut. La aceste studente dirijarea efortului in lecția de educație fizica trebuie făcuta cu atenție. Intensitatea efortului trebuie calculata după capacitatea de efort al

fiecăreia. Ritmul si tempoul de execuție este de asemenea foarte scăzut. Frecventa cardiaca post efort ajungând la 170-180 batai/minut. Iar la primul minut dupa efort frecventa cardiaca a avut valori între 120-160 batai/ minut. Oboseala apare foarte repede pe parcursul lecției, iar revenirea durează câteva minute. Cele mai preferate exerciții de către aceasta categorie sunt: cele statice; exerciții de aerobic cu exerciții de respirație; jocurile dinamice si jocurile sportive.

60% din totalul studentelor testate au avut rezultate cuprinse între **satisfactor** si **bine**. Aceste studente au o capacitate de efort mai ridicat si pot efectua exercițiile într-un ritm si tempo mai alert. Durata efectuării exercițiilor este mai lunga in acelasi ritm, iar capacitatea de efort tinde spre 70-80% din capacitatea lor maxima. Exercițiile preferate sunt: alergare pe distante scurte; exerciții de aerobic; jocuri sportive. Oboseala apare la sfarsitul lecției.

In concluzie putem afirma faptul ca:

- o -Oboseala apare repede in lecția de educație fizica.
- o -Este nevoie de câteva minute de repaus pentru revenirea organismului.
- o -Durata lecțiilor de educație fizica nu poate depasi 90 minute.
- o -Indicatorii de efort trebuie foarte bine controlate de către cadrul didactic, pentru a putea desfasura lecția in condiții bune si într-un mod plăcut.
- o -Consider ca cele mai indicate si preferate exerciții sunt: exerciții statice; jocuri dinamice; exerciții din gimnastica de intretinere; exerciții de aerobic, jocuri sportive, exerciții pentru recuperarea unor deficiente fizice, in ultimul caz este indicat lucrul pr grupe in funcție de deficianta.
- o -Capacitatea de efort la studenții Facultatii de Litere se situează între **nesatisfăcător** si **satisfăcător**.

BIBLIOGRAFIE

1. Cobarzan, Horea; Prodea, Cosmin (1999), *Metodica educației fizice si sportive școlare*. U.B.B.
2. Dragnea, Adrian (1996), *Antrenamentul sportiv*. Ed. Didactica si Pedagogica, București
3. Dragnea, A; Bota Aura (1999), *Teoria activitatilor motrice*. Ed. Didactica si Pedagogica, București
4. Popescu, Mircea (1995), *Educația fizica si sportul in pregătirea studenților*. Ed. Didactica si Pedagogica, București
5. Rinderu, Elena-Taina; Rindescu, Ion; Shaao, Mirela (1997), *Efortul, capacitatea de efort si performanta sportiva*. Univ. Craiova

COMPORTAMENTE ȘI OPINII PRIVIND CONSUMUL DE MASS MEDIA ÎN RÂNDUL STUDENȚILOR FEFS DIN CLUJ-NAPOCA

LEON GOMBOȘ

ABSTRACT. Behaviors and Opinions Regarding the Mass Media Consumption Among Physical Education Students from Cluj-Napoca.

The study of the students mass media consumption was done through a examination paper which had 13 questions with open and close answers. The test group was formed by a number of 80 students from I-IV years, half of every gender. The obtained data were statistically analyzed and processed. The results are graphically presented.

Key words: culture, consume, media, social behavior.

Fără îndoială, câmpul esențial dominant, aproape copleșitor în care întreaga noastră existență este astăzi implicată din punct de vedere comunicațional este câmpul mediatic. Fie că trăim singuri sau suntem membri ai unei familii deja constituite, fie că suntem încă la studii sau ne desfășurăm activitatea într-o profesiune și ne consolidăm o carieră, dependența noastră de mijloacele de comunicare în masă este extrem de mare, atât în privința nevoii de informare și orientare a existenței cotidiene, cât și în privința, mai puțin explicită și conștientizată, a orientării noastre culturale.

Pentru soluționarea acestei probleme, a consumului de mass-media în rândul studenților FEFS Cluj-Napoca, am plecat de la două premise:

- Consumul de mass-media este o formă majoră de cultură.
- Consumul de mass-media influențează în mod semnificativ comportamentul social al tinerei generații.

Structurile, strategiile, formele discursurilor și produselor care ne parvin pe cale mediatică își pun amprenta asupra modalităților noastre de a construi strategii comunicaționale, asupra sistemelor noastre de evaluare a realității și totodată asupra modalităților noastre de a selecta, interpreta, evalua și asuma produsele culturale.

De cele mai multe ori însă, ne gândim destul de puțin la mesajele și discursurile mediatice ca la niște produse culturale, cu toate că ele sunt și asta sau, uneori, în primul rând asta. Felul în care ne parvin informațiile cotidiene prin intermediul jurnalelor de actualități și al ziarelor, felul în care ne adâncim cunoștințele despre lumea în care trăim, prin intermediul reportajelor și documentarelor de toate tipurile, modul în care participăm la dezbaterea publică prin intermediul talk-show-urilor,

sau în care ne amuzăm prin programele de divertisment ori ne emoționăm la diverse filme sunt rolul tot atâtor artefacte uzuale, produse industriale și artistice totodată, cu valoare de reprezentare socială și rezonanță individuală.

De cele mai multe ori, mai ales în cadrul televiziunilor comerciale, ne deranjează spațiul lung și repetativ al reclamelor, dar cu toate acestea, publicitatea, dintr-un rău necesar al societății de consum postindustriale, s-a transformat începând de acum o jumătate de secol, nu numai într-o profesiune profitabilă, ci și într-o artă de sine stătătoare, cu un potențial creativ excepțional și cu influențe nebănuite asupra altor arte consacrate.

Acesta este și motivul pentru care mulți analiști, teoreticieni și chiar filosofi ai contemporaneității își permit să numească tipul de cultură al sfârșitului de mileniu al doilea și al începutului de mileniu trei *cultură mediatică*. O abordare pragmatică a acestui câmp, dincolo de tristețile personale legate de diminuarea importanței lecturii sau de lenta hemoragie a publicurilor artelor tradiționale, ne obligă să constatăm că mijloacele de comunicare de masă constituie, în mod simultan și oarecum concurențial, atât emițători/producători de produse culturale cât și un mediu evaluativ indispensabil în raport cu celelalte produse culturale, fie ele clasice sau de ultimă tehnologie.

Pornind de la premisele prezentate mai sus, am alcătuit un chestionar pe tema consumului de mass-media. Chestionarul cuprinde un număr de 13 întrebări în legătură cu această temă cu răspunsuri atât închise cât și deschise.

Eșantionul ales a fost format dintr-un număr de 80 de studenți ai Facultății de Educație Fizică și Sport din Cluj-Napoca, câte 20 din fiecare an și în număr egal în ceea ce privește sexul, adică 40 de fete și 40 de băieți.

CHESTIONAR

Vârsta.....Sexul.....Profesia.....

1. În ce măsură sunteți la curent cu ce se întâmplă zilnic în societatea românească ?

- a - în foarte mare măsură*
- b - în mare măsură*
- c - într-o mică măsură*
- d - nu sunt la curent*

2. Notați în ordinea preferințelor sursele media pe care le utilizați:

- a- presa scrisă*
- b- radioul*
- c- televiziunea*
- d- internetul*

3. Cât de des citiți presa scrisă?

- a - zilnic*
- b - de 2-5 ori pe săptămână*
- c - ocazional*
- d - nu citesc presa scrisă*

4. Enumerați, în ordinea preferințelor dumneavoastră, principalele trei ziar pe care le citiți.

- a –*
- b –*
- c –*

5. Sunteți abonat la ziarele sau revistele preferate?

- a –DA*
- b –NU*

6. Preferați să citiți presa:

- a – după metoda clasică cu ziarul în față*
- b – accesând paginile de web ale ziarelor*

7. Cât din timpul d-voastră extraprofesional îl acordați zilnic emisiunilorTV?

- a - 0-1 ore*
- b - 1-2 ore*
- c - 2-3 ore*
- d - peste 3 ore*

8. Care sunt emisiunile TV preferate de dumneavoastră? Notați-le în ordinea preferințelor.

- a- emisiunile informative (știrile)*
- b- emisiunile de divertisment*
- c- emisiunile sportive*
- d- emisiunile culturale*
- e- filmele*

9. În ce măsură credeți că informațiile primite prin intermediul mass media respectă realitatea?

- a - în foarte mare măsură*
- b - în mare măsură*
- c - în mică măsură*
- d - nu respectă realitatea*

10. Obișnuiți să comentați, în baza informațiilor pe care le aveți, cu prietenii, diversele probleme care sunt prezentate de mass media?

- a - permanent*
- b - doar în cazul unor evenimente deosebite*
- c - întâmplător*
- d - nu comentez*

11. Considerați că publicitatea ocupă un spațiu prea mare în grila de programe radio – Tv?

- a - Da*
- b - Nu*

12. Publicitatea vă influențează în stabilirea opțiunilor dumneavoastră pentru anumite produse? Dacă da, în ce măsură?

- a - în mare măsură*
- b - în mică măsură*
- c - deloc*

13. În ce măsură informațiile primite pe canalele media influențează comportamentul dumneavoastră social?

- a - în mare măsură*
- b - în mică măsură*
- c - deloc*

Răspunsurile primite au fost analizate și prelucrate, iar rezultatele obținute vor fi prezentate în cele ce urmează:

1. La prima întrebare din chestionar 68,75% dintre subiecți au răspuns că sunt la curent cu ce se întâmplă în societatea românească într-o mare măsură, 17,5% sunt la curent într-o mică măsură, 11,25% sunt la curent cu evenimentele în foarte mare măsură, iar 2,5% nu sunt la curent.

2. Sursele media preferate de subiecți sunt în ordine: televiziunea 70% din opțiuni, presa scrisă cu 17,5%, internetul cu 8,75% și în final radioul cu doar 3,75%.

3. 51,25% dintre cei chestionați citesc presa scrisă în medie de 2-5 ori pe săptămână, 28,75% dintre ei fac acest lucru doar ocazional, iar câte 10 procente citesc presa zilnic sau nu citesc presa scrisă.

4. În ordinea preferințelor celor chestionați, principalele trei ziare au fost: PRO Sport cu 52,5%, Evenimentul Zilei cu 28,75% și Academia Cațavencu 18,75%.

5. Doar 5% dintre subiecți au abonament la ziarul sau revista preferată, în timp ce 95% dintre ei nu au un astfel de abonament, preferând să cumpere ziarul de la standurile de ziare.

6. Majoritatea dintre subiecți, mai precis 76,25% preferă să citească presa scrisă după metoda clasică cu ziarul în față, iar ceilalți 23,75% citesc presa accesând paginile de web ale ziarelor.

7. Pentru urmărirea programelor de televiziune subiecții afectează zilnic un timp cuprins între 0-1 ore 15%, între 1-2 ore 18,75%, între 2-3 ore 42,5%, iar 23,75% dintre ei urmăresc programele TV peste trei ore în fiecare zi.

8. Între emisiunile TV preferate de către subiecți cele sportive și cele informative se află la egalitate cu câte 23,75%, urmează filmele cu 17,5%, emisiunile de divertisment cu 15% și emisiunile culturale cu 10%.

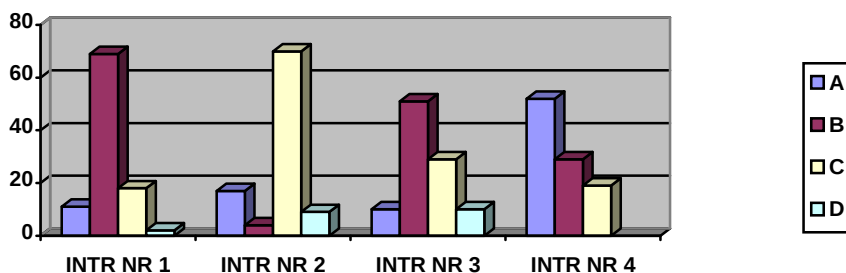
9. 53,75% dintre subiecți cred că informațiile primite prin intermediul mass media respectă realitatea într-o mare măsură, 22,5% în foarte mare măsură, 15% cred că acest lucru se realizează într-o mică măsură, iar 8,75% au convingerea că informațiile din mass media nu respectă realitatea.

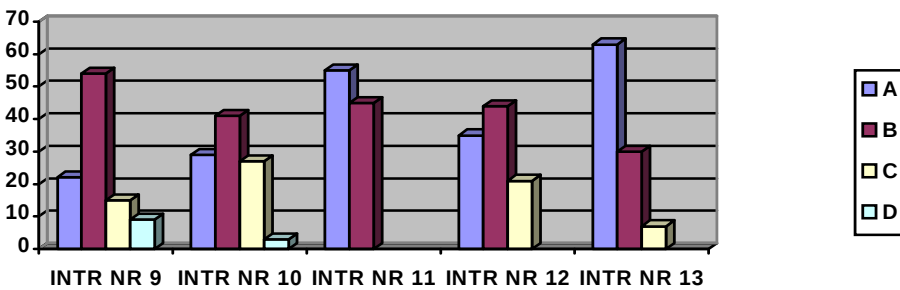
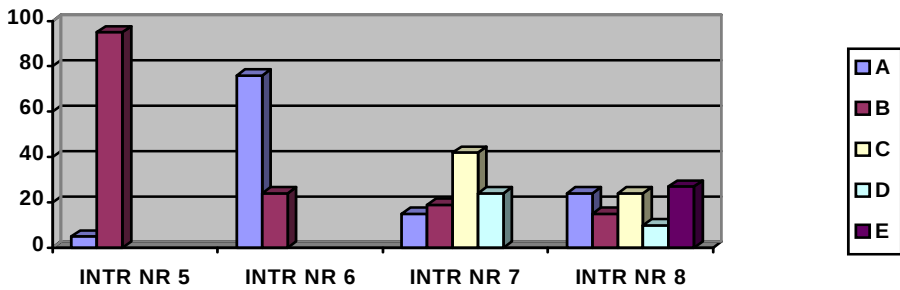
10. Temele prezentate de către mass media sunt comentate cu prietenii sau cunoștințele permanent de către 28,75% dintre subiecți, doar în cazul unor evenimente deosebite 41,25%, 27,5% fac acest lucru doar întâmplător, iar 2,5% nu comentează cu nimeni aceste evenimente.

11. În privința publicității, 55% cred că aceasta ocupă un spațiu prea mare în grila de programe radio-tv, iar 45% nu cred acest lucru.

12. Publicitatea îi influențează în mare măsură în alegerea unor produse pe 35% dintre cei chestionați, în mică măsură pe 43,75% dintre aceștia, iar 21,25% dintre ei nu se lasă influențați de materialele publicitare în alegerea produselor.

13. Comportamentul social al subiecților (în accepțiunea lor) este influențat în mare măsură de informațiile primite prin canalele media pentru 62,5% dintre ei, în mică măsură pentru 30%, iar 7,5% nu își modifică deloc comportamentul social ca urmare a acestor informații.





BIBLIOGRAFIE

1. Chelcea Septimiu – *Chestionarul și interviul în ancheta sociologică*, I.N.I. București, 1996
2. Connor Steven – *Cultura postmodernă*, Editura Meridiane, București, 1999
3. Dâncu Vasile Sebastian – *Comunicarea simbolică*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1999
4. Kellner Douglas – *Media Culture*, London&NY, Routledge, 1995
5. Rotariu Traian, Iluș Petru – *Ancheta sociologică și sondajul de opinie*
6. Runcan Miruna – *Jurnalism cultural*, Suport de curs UBB, Cluj-Napoca, 2002

TAXONOMIA GRUPURILOR SOCIALE

ALEXANDRU MURESAN

ABSTRACT. Social Groups Taxonomy. The sociological study can help us to better understand the workings of our own social groups. That discipline can play an important role in teaching critical skills of thinking. This material content two part: the classification of social groups and methods of research

Activitățile sociale au un specific aparte și anume faptul că în mediul uman se lucrează nu numai cu personalități diferite dar se întâmpină și rețele interumane, aflate într-o dinamică interesantă și un context mereu schimbător. Iată de ce cunoștințele de specialitate despre grupurile sociale apar ca necesare în profesiunile în care se lucrează cu oameni. Cunoașterea și înțelegerea evenimentelor sociale la un nivel ce se detașează de conștiința comună poate releva aspecte sau informații cheie, care interpretate corespunzător scopului propus oferă șanse de succes a activității grupului. Sau cel puțin senzația de lucru în "cunoștință de cauză".

CUVINTE CHEIE: *taxonomie, grupuri sociale, cunoaștere.*

Grupurile sociale sunt studiate științific de psihosociologi de prin anii 1920-30. Nume ca Lewin, White, Moreno sau alții au studiat grupurile sociale cu un interes major din motive economice, militare sau de alt gen.

La nivelul conștiinței comune se cunosc multe lucruri despre grupuri dar diferența dobândită prin studiul științific poate condiționa calitatea muncii cu grupul în cadrul grupului sau între grupuri.

Deoarece taxonomia grupurilor sintetizează caracteristicile lor esențiale, voi prezenta câteva opinii din domeniu.

În Dicționarul de sociologie (1998-Gilles Ferreol et. al.) definește taxinomia sau taxonomia, drept știință a clasificării. Clasificarea sau taxonomia grupurilor sociale se face cu anumite scopuri și după anumite criterii.

Intr-o societate bine determinată prin termenul "grup" se poate recunoaște "apartenența la diverse clase sociale și chiar categorii socioprofesionale, nu numai prin felul în care se îmbracă și în care vorbesc, ci și prin felul de a se comporta, de a se mișca, de a se situa în spațiu, în raport cu timpul și multe de acest gen" (Rouchy, 2000).

Grupul are în vocabularul comun sau cel specific științelor socioumane un înțeles foarte larg, constituind ca sferă noțională genul proxim pentru o serie de formațiuni și colecții de persoane de diferite mărimi, cu variate caracteristici și funcții: formațiune de lucru, familie, grupul de prieteni, echipă sportivă, grupa de studenți, comunități etnice, clase și straturi sociale, națiuni, popoare etc.

Tipurile de grupuri (Chelcea Dicționar de sociologie, Iluț 2002, Pierre de Vischer-Dinamica grupurilor) se pot caracteriza după:

Ordinul de mărime:

- *grupuri mici* (până la 25-30),
- *grupuri mijlocii* cum ar fi familia, echipe sportive, formații muzicale, grupă de studenți;
- *grupuri mijlocii* (de ordinul zecilor și sutelor) de exemplu întreprinderile mici și mijlocii, un an de studiu, un cartier;
- *grupuri mari* (etnii, națiuni, clase sociale, profesii).

Natura relațiilor dintre membrii componenți:

- a. *primare*, caracterizate prin relații nemijlocite, "față în față";
- b. *grupuri secundare*, unde există atari relații, indivizii din cadrul lor nu se cunosc nemijlocit.

Funcția lor normativ-axiologică în raport cu individul concret:

- *de apartenență*, din care individul face parte actualmente;
- *de referință*, cel care constituie reperele sale normative (atitudinale, valorice, comportamentale) și spre care tinde să devină membru.

Statutul acordat legal (oficial):

- *grupuri formale*, unde există organigramă, reguli de funcționare scrise (drepturi și obligații),
- *informale* unde legile sunt "nescrise", dar nu mai puțin importante. Familia este un exemplu de grup atât formal (există și reglementări juridice ale relațiilor de familie), cât și informal (cea mai mare parte a vieții familiale se bazează pe legi nescrise). De altfel, distincția formal-informal este mai operantă pentru natura relațiilor din grupuri decât pentru o tipologie ca atare a lor, întrucât în orice grup uman se dezvoltă raporturi ce depășesc cadrul prescris. De pildă, în orice organizație, dincolo de organigramă și statutul oficial al membrilor, funcționează legi nescrise ale circulației informațiilor, simpatii și antipatii. Întotdeauna, după cum se va vedea, organigrama este dublată, și uneori minată de o "sociogramă", o structură a relațiilor afectiv-emoționale din grup. Dar chiar în cazul aranjamentelor sociale informale, se pot înfiripa legături, atitudini și conduite ce nu coincid cu habitusurile consacrate tradițional. Vecinătatea este un caz de acest gen.

Gradul de integralitate și stabilitate temporară a intereselor:

- *grupuri naturale*, cu interese și scopuri comune pe termen lung (familia, un colectiv de muncă etc.)

- *grupuri ocazionale*, unde există minime trăsături și scopuri comune, dar de foarte scurtă durată (cei care așteaptă un tren, publicul de la un spectacol de teatru etc.).

Natura interrelațiilor:

- *grupuri coacționale* în care membrii nu interacționează,
- *grupuri coacționale* caracterizate de interacțiunea membrilor.

Satutul ontic:

- *grupuri reale*, în care membrii, chiar dacă nu se cunosc nemijlocit, sunt în anumite relații, au trăsături comune, grupul există ca atare;
- *grupuri nominale*, unde indivizii sunt adunați în grup dar pe hârtie, cu numele.

Să prezentăm mai pe larg unele tipuri de grupuri cu importanță în abordarea (psiholo)sociologică și care prin caracterul lor au o mare relevanță și în activitatea sportivă.

Grupurile primare sunt grupuri mici, în care nu numai că oamenii au relații "față în față", se cunosc nemijlocit, dar aceste relații sunt emoțional-afective, de intimitate, căldură și solidaritate. H. Cooley, sociologul american care a operat distincția primar – secundar în problematica grupului, afirmă că grupurile primare sunt "leagănul naturii umane" (1909). Decisiv în formarea personalității indivizilor este grupul familial, dar mai târziu și alte grupuri devin vitale pentru siguranța și confortul nostru fizic și emoțional (prieteni, asociații etc.). În grupurile primare scopurile și interesele sunt profund împărtășite, subzistând o orientare axiologică comună, ele constituind, în principiu, microuniversul de satisfacție și împlinire afectiv-spirituală. Prin urmare, ele pot fi numite și **grupuri expresive**, adică cele în care se îndeplinesc nevoile de exprimare și confirmare a stărilor sufletești, a gândurilor și simțămintelor intime și ale aspirațiilor înalt spirituale.

În grupurile secundare, care sunt, în general, grupuri mijlocii și mari, raporturile afectiv-emoționale apar mai palide, spontaneitatea și intimitatea mai reduse. Indivizii se angajează în relații cu ceilalți doar cu anumite aspecte ale personalității lor, și nu integral ca și în cazul grupurilor primare, interacțiunile au un caracter mai formal și de multe ori persoanele nu se cunosc nemijlocit. Grupurile de apartenență secundare au o funcție de socializare și de interiorizare a normelor și a valorilor. Prin grupurile secundare se satisfac nevoile specifice, pragmatice, de aceea ele pot fi numite și **instrumentale**. Distincția dintre grupuri primare și grupuri secundare, ca și dintre comunitate și societate, nu trebuie înțeleasă ca opunând două realități contrare. Oamenii fac parte concomitent atât din grupuri primare, cât și secundare. Mai mult, există și grupuri cu poziție intermediară, în sensul că sunt grupuri mici, funcționează relații "față în față" și chiar de implicare integrală a personalității (inclusiv emoțională), dar sunt mai temporare și nu angajează scopuri și valori comune fundamentale. Ele protejează oarecum indivizii față de

anonimat și impersonalitate, într-o lume (modernă și postmodernă) ce are tendința de a pulveriza identitatea de sine. Prietenii de excursii, variate grupuri de întâlnire (cei ce practică sporturi colective, după care merg la o bere, și altele) constituie exemple de acest gen.

În științele socioumane se mai operează și distincția dintre in-group și out-group, adică cei ce sunt în interiorul unui grup și ceilalți, dinafara lui, dintre "noi" și "ei".

Distincția nu indică o simplă separare fizică, o apartenență formală, ci incumbă un complex de reprezentări și sentimente, ce determină comportamente specifice. Noțiunea "noi" poate face parte din registrul "co-sinelui".

În situațiile de etnocentrism grupul propriu este considerat cel mai valoros și standardele lui constituie criterii de evaluare a oricărei alte etnii. Există și alte genuri de stereotipuri și discriminări bazate pe categorizarea in-group și out-group (de gender, profesionale etc.).

Față de limbajul uzual, în psihologia socială și în (micro)sociologie, termenul de "grup" are o definiție mai tehnică, considerându-se că este o unitate socială constituită din mai mulți indivizi ce au ca note caracteristice: relații nemijlocite ("față în față") de interacțiune și dependență reciprocă; scopuri și activități comune ce presupun structurarea în statusuri și roluri diferite; în timp grupul dezvoltă valori și norme comune, care reglează comportamentele membrilor săi; conștiința apartenenței la grup, sentimentul de "noi".

Apare limpede că e vorba în aceste definiții (dacă respectăm concomitent toate condițiile) de grupuri mici, primare, naturale. În sport acest "noi" se poate întinde de la membrii unei echipe de jocuri sportive până la cei care se identifică cu culorile clubului pe care îl susțin. Totuși, problema identității sociale (de grup), acel "noi" ne trimite mai degrabă la grupuri mari: identitatea etnică, de gender, de clasă și profesie, de vârstă.. Am putea disocia pe această linie între două modele ale abordării grupului:

1. Cel al coeziunii, al structurilor și dinamicilor obiective ce caracterizează grupurile, susținut de psihologia socială experimentală;
2. Modelul identității, promovat de psihologia socială cognitivă și de sociologie, în care ceea ce contează prioritar este aderarea mental-emoțională a indivizilor la un grup sau categorie socială (Radu, 1994).

Grupurile deschise admit continuu noi membri și totodată se confruntă cu plecarea timpurie a unora. Prin urmare grupurile deschise sunt expuse schimbării frecvente a membrilor. Avantajul grupurilor deschise este că aduce noi modele comportamentale care ulterior vor contribui la redefinirea normelor și practicilor vechiului grup. Dezavantajul primirii continue de noi membri este legat de inhibarea proceselor de deschidere, scăderea încrederii în promisa confidențialitate. În grupurile deschise membrii se află în etape diferite ale acomodării cu procesele de grup.

Grupurile închise prezintă avantajul de a funcționa cu mai multă eficacitate chiar și în termeni temporali: scopurile sunt atinse într-un timp mai scurt. Plecarea prematură a unor membri este resimțită cel mai adesea dramatic de către grup, ceea ce poate influența dinamica proceselor de grup (recul, stagnare pentru un timp). Vizibil este acest fenomen și în echipele sportive (fotbal, volei, baschet) unde ieșirea din grup a unui membru central este resimțită negativ nu numai prin valoarea lui sportivă, ci și prin statutul său psihosocial mai larg.

Considerată discriminatorie sau nu o clasificare după **genul** masculin sau feminin încă se practică frecvent.

În multe cazuri grupurile sociale sunt clasificate **din punct de vedere juridic**. Este vorba de persoane fizice sau juridice, care reprezintă structuri sociale, sau grupuri sociale de drept privat sau de drept public. După **criteriul scopului** lor persoanele juridice se pot împărți în persoane care urmăresc un scop patrimonial sau unul nepatrimonial.

Clasificarea grupurilor sociale se poate face și după **caracteristicile activităților** pe care le practică. Voi prezenta taxonomia activităților sportive cuprinsă în "Clasificarea Zecimală Universală", Volumul I, Tabele sistematice, Biblioteca centrală de Stat, 1983/1984 și care clasează grupuri sociale după criteriile care urmează:

Mișcarea Olimpică; Sport după participare; Sportivi amatori; Jucători amator; Antrenori amatori; Tipuri de participare în sport; Solo (fără și cu adversar); Duo; Trei participanți; individuali; Echipă normală sau grup de participanți; Intregeri; Recorduri; Recorduri mondiale și naționale; Concursuri; Intregeri; Lupte; Concurs; Campionat; Durata întrecerii; Parcurs; distanță; După tipul formelor și desfășurării; După tipul și locul desfășurării; După numărul disciplinelor; Intregeri multiple; Prezentarea cinematografică a spectacolelor sportive; Prezentarea la radio; Prezentarea la televiziune; Jocuri și recreații în general; Jocuri pentru copii; jocuri de mișcare și de sănătate cu aparate (instrumente); Jocuri cu mingea și balonul; Jocuri cu mingea cu mâna, fără accesorii sau echipament; Jocuri cu mingea de copii; Jocuri cu mingea, cu mingi mari; Jocuri cu mingea cu piciorul; Jocuri cu mingea cu rachete; Alte jocuri cu mingea cu crosă; Gimnastică; Gimnastică de performanță; Atletică ușoară; Turism; Alpinism; Sport de orientare; Camping; Ciclism; Patinaj pe roțile; Automobilism; Motociclism; Sporturi de luptă și de apărare; Atletică grea; Sporturi de iarnă; Sporturi pe apă; Sporturi în aer; Natație; Sporturi aeronautice; Parașutism; Sporturi hipice; Hipism; Echitație; Călărie; Sporturi cu diverse animale; Pescuit sportiv; Vânătoare; Tir.

Taxonomia după **grupul de apartenență** plasează grupurile sportive din cadrul Sistemului Național de Educație Fizică și Sport în următoarele instituții care le susțin și le coordonează:

- M.E.C., pentru educația fizică și sportul adresate preșcolarilor, școlarilor și studenților;
- M.T.S., pentru sportul de performanță, persoane cu handicap, sportul pentru toți;

- Instituțiile militare, pentru militari în termen, elevi și studenți ai școlilor militare;
- Comitetul Olimpic Român și Academia Olimpică Română pentru sporturile olimpice în condiții "antidrog", de fair play și toleranță, fără discriminări de sex, vârstă, religie, naționalitate etc.
- Instituții ale Ministerului Sănătății, pentru activitatea de prevenire și recuperare a sănătății oamenilor;
- Organizații neguvernamentale implicate în sport și educație fizică.

După **distanța de contact** Pieere Parlebas plasează sporturile colective astfel: contact cu adversarul interzis (la volei), foarte limitat (baschet), limitat (handbal), dur (hochei și rugby), foarte dur (fotbalul american). De aici și modalitățile diferite de asigurare a posesiei mingii și de protejare a celui care o joacă.

Într-o clasificare tipologică a sportivilor vom găsi sportivi care refuză *contactul direct* cu adversarul și indivizi care-l acceptă.

Cunoașterea mai profundă a diferitelor tipuri de grupuri, a naturii lor și mai ales ceea ce ne interesează mai cu deosebire în activitățile sportive- relațiile socio-afective și interacțional- comunicaționale, presupune utilizarea unor metode și tehnici de culegere a datelor empirice sistematice, și o competentă analiza a lor.

BIBLIOGRAFIE

1. BALES, R., - 1965, "The Equilibrium Problem in Small Groups", Alfred A., Knoph, Inc., New York.
2. CAZACU, A., -1997, *Sociologia Educației*, Editura Hyperion XXI, Polirom, Iași.
3. COOLEY, H., -1922, *Heredity and Instinct in Human Nature and the Social Order*, revised ed. New York, et. al. Charles Scribner's Sons.
4. DENIFORESCU, Al. si colab. -1982, *Sociologie Industrială*, Editura Didactica si Pedagogica, Bucuresti.
5. FELDMAN, R., S., -1985, *Social Psychology*, University of Massachussets.
6. EPURAN, M., Holdevici, Irina, Tonita Florentina - 2001, *Psihologia Sportului de performanta - teorie si practica*, Editura FEST, Bucuresti.
7. FERREOL, G., et al -1998, *Dictionar de sociologie*, Collegium, Editura Polirom, Stiinta si Tehnica, Iasi.
8. GALINSKI, Maeda., SCHOPLER, Janice. -1995, *Support Groups*, The Haworth Press, New York & London.
9. ILUT, P., -2000, *Iluzia localismului și localizarea iluziei, teme actuale ale psihosociologiei*, Polirom, Iași.

10. HARE, P., A., -1962, *Handbook of Small Group Research*, New York, Free Press.
11. HEMPHILL, J., K., -1950, *Leader behavior description*, Personnel Research Board, Columbus: Ohio State University.
12. NICOLESCU, O., VERBONCU, I., -1996, *Management*, Editura economica, Bucuresti.
13. PETRAS- VOICU, I., -1994, *Introducere in sociologia politica*, Cluj Napoca, Casa de editura Transilvania Press.
14. RADU, I., (coord) -1994, *Psihologie socială, Cluj-Napoca, Editura Exe.*
15. ROTARIU, T., ILUT, P., (coord) -1996, *Sociologie*, Editia a II -a, Editura Mesagerul, Cluj-Napoca.
16. ROUCHY, J., C., -2000, *Grupul - Spatiu analitic*, Polirom, Iasi.
17. TAJFEL, H., -1978, *Differentiation between Social Groups*, Academic Press, London, New York, San Francisco.
18. TONNIES, F., -1957, *Community and Society: Gemeinschaft und Gesellschaft*, translated and edited by Charles P., Loomis, pp 223-231, The Michigan State University Press.
19. SHERIFF, M., -1961, *Social judgment*, New Haven, CT: Yale University Press.
20. STOGDILL, R., M., -1981, *Ed. Stogdill's Handbook of Leadership: Survey of Theory and Research*. New York: Free Press.
21. VISSCHER, P., NECULAU, A., (coord) -2000, *Dinamica grupurilor mici, texte de baza*, Editura Polirom, Iasi.
22. VOICU, A., V., - 2002, *Referat, Rolul și importanța factorilor juridici în managementul structurilor și activităților sportive- în România*, al X-lea Congres European de Management Sportiv, 7-12 sept.

ÎNBUNĂTĂȚIREA PARAMETRILOR COMPETIȚIONALI ÎN URMA TRANSFORMĂRII TEHNICII ÎN TAEKWONDO

POP NICOLAE HORAȚIU

ABSTRACT. The Improvement of Competitional Parameters Due to the Tehnique Transformation in Taekwondo. This article presents the tehncial part in Taekwondo in a new perspective, wishing to mentain it present and in accordance with the last settles of Taekwondo rules. The article describes the performance of Tollyoch`agi in a new biomechanic form. To distinguish this new form we have done an experiment on a batch of sportsmen. The experiment consists in comparison the execution time of the proposed tehncique and the classical one.

Se observă, în ultimii ani, în toate ramurile sportive care prin regulament presupun un adversar direct, cu precădere în sporturile de contact, accentuarea execuțiilor în mare viteză. Acestea au menirea să surprindă adversarul și să aducă avantaj.

În Taekwondo, referindu-ne la aspectul sportiv al acestei arte marțiale, mai precis la competiția Kyorugi¹, se observă o creștere continuă a vitezei de execuție a unor tehnici sau combinații de tehnici, care conferă sportivilor care le folosesc un mare avantaj. Este cunoscut, însă, faptul că viteza este o calitate nativă. Astfel, creșterea vitezei de execuție a unor tehnici sau combinații de tehnici poate fi îmbunătățită apelând la calitățile motrice, forță, îndemânare, sau chiar la transformarea din punct de vedere biomecanic a tehnicilor.

1. Kyorugi – confruntarea directă între doi combatanți (luptă).

Ne-am propus să demonstrăm prin această lucrare, că datorită transformării tehnicii din punct de vedere biomecanic, transformare propusă și studiată de noi pe un lot de sportivi, am observat că viteza tehnicilor, a combinațiilor de tehnici, respectiv lupta în ansamblu, înregistrează noi parametri specifici, net superiori.

Ne propunem, în cele ce urmează, să dezbatem un aspect al tehnicii de bază: **Tollyoch`agi** (lovitură de picior circulară, în plan frontal)

Pentru că vorbim despre Kyorugi-Tollyoch`agi, este necesară descrierea poziției pe care un sportiv o adoptă în timpul luptei.

• **KYORUGI SOGI** (poziția de luptă).

Poziția de luptă va conferi sportivului o bună stabilitate, posibilitatea de a executa lovituri de picior în plan frontal la 90° sau 180° și capacitatea de a închide bine unghiurile prin care adversarul ar putea să-l surprindă și să punteze.

Descrierea poziției:

Pentru ca descrierea să fie cât mai corectă recurgem la un punct de referință: poziția adversarului.

Picioarele sunt depărtate la o lungime și jumătate a axului biacromial, în plan sagital față de punctul de referință.

Tălpile sunt așezate paralel și la 45° față de punctul de referință iar genunchii sunt flexați.

Poziția trunchiului este la 45° față de punctul de referință, adică pe aceeași direcție cu tălpile.

Brațele sunt așezate după cum urmează:

- brațul corespondent piciorului din spate este flexat la un unghi de aproximativ 45°, cu cotul lipit de trunchi și pumnul închis.
- brațul corespondent piciorului din față este flexat la un unghi de aproximativ de 90°, de asemenea cu cotul lipit de trunchi și pumnul închis.

Descrierea Tollyoch`agi, forma clasică.

Această formă se va executa întotdeauna cu piciorul din spate, astfel, execuția va crește în viteză și forță, oferind totodată posibilitatea de a acoperi distanța dintre executant și adversar fără alte artificii tehnice.

Reușita Tollyoch`agi, se bazează pe mai multe faze pe care le parcurge membrul inferior până la țintă:

1. *Desprinderea de pe sol* (explozia): în această primă fază este foarte importantă viteza (viteza de reacție). Astfel, membrul inferior se va desprinde de pe sol printr-o impulsie energetică de pe pingea, genunchiul flexându-se, și urmând o traiectorie ascendentă.
2. *Flexia genunchiului și pivotarea piciorului de sprijin*: în această a doua fază a tehnicii este importantă traiectoria genunchiului, care se descrie sub forma unei linii cu direcție ascendentă și sens postero-anterior, traiectorie care se va menține până în momentul în care genunchiul atinge punctul maxim, reprezentat de momentul când coapsa formează cu bazinul un unghi cât mai mic. În acest moment membrul de sprijin va executa o pivotare pe pingea, rotind astfel corpul la un unghi de aproximativ 135° față de punctul de referință (poziția adversarului), în jurul axei verticale reprezentată de linia care unește vertexul cu pingeaua piciorului de sprijin.

Momentul final al pivotării coincide cu finalul traiectoriei descrise de genunchi. Precizăm că, pe durata acestei faze, membrul executant este tot timpul flexat. Punctul final al traiectoriei genunchiului se află într-un plan format de axa bitrohanteriană și cea biacromială, iar acest plan coincide cu direcția de atac.

3. *Extensia gambei pe coapsă* (biciuirea): această fază coincide cu momentul culminant al tehnicii. Astfel, genunchiul, se fixează, iar gamba, prin extensie pe coapsă, va descrie un arc de cerc ("biciuiește"). Suprafața care lovește ținta este reprezentată de fața dorsală a piciorului, mai precis aria oaselor metatarsiene, piciorul aflându-se în extensie pe gambă.
4. *Flexia gambei pe coapsă și revenirea la poziția inițială*: această fază este la fel de importantă ca și cele anterioare. Revenirea la poziția inițială se va face prin parcurgerea aceleiași traiectorii a membrului inferior dar în ordine inversă, restabilind sprijinul bilateral.

Tollyoch'agi – propunere.

Atât Tollyoch'agi, cât și celelalte tehnici întâlnite în Kyorugi, necesită un timp mai scurt de execuție și o creștere a forței acestora, aspecte care se pot realiza printr-un artificiu tehnic. Așadar, vom observa în "noua formulă" a tehnicii o continuitate a mișcării cu o traiectorie mai scurtă, care permite înlănțuirea unor cupluri de forțe (explozia, flexia coapsei pe bazin, pivotarea, extensia gambei pe coapsă), care cresc eficiența acesteia. Pentru a sublinia diferențele care apar între Tollyoch'agi clasic și Tollyoch'agi propus de noi vom recurge din nou la descrierea acestei tehnici:

1. *Impulsia*: este identică cu cea descrisă la Tollyoch'agi clasic.
2. *Flexia coapsei pe bazin*: spre deosebire de Tollyoch'agi clasic, flexia coapsei pe bazin se face diferit. Astfel, genunchiul membrului executant descrie o traiectorie paralelă și ascendentă față de membrul de sprijin. Această traiectorie își va schimba direcția după momentul în care coapsa membrului executant va ajunge în același plan cu membrul de sprijin, printr-o pendulare postero-anterioară. Gamba este flexată pe coapsă pe tot parcursul acestei faze. După acest moment genunchiul membrului executant va descrie o traiectorie ascendentă și oblică, secționând planul antero-posterior al membrului de sprijin și anticipând următoarea fază a tehnicii.
3. *Pivotarea și extensia gambei pe coapsă* (biciuirea): traiectoria oblică și ascendentă a genunchiului continuă, până în momentul în care coapsa formează cu bazinul un unghi minim, simultan având loc pivotarea membrului de sprijin. Extensia gambei pe coapsă este inițiată pe ultima porțiune a pivotării, preluând mișcarea de rotație și finalizând tehnica prin "biciuire".

4. *Flexia gambei pe coapsă și revenirea*: revenirea membrului executant se va face respectând aceeași traiectorie dar în sens invers.

Viteza acestei tehnici este dată de perfecta sincronizare a acțiunilor de contracție și relaxare musculară care apar de-a lungul execuției. Astfel, în momentul impulsiei apare contracția tricepsului sural care imprimă membrului executant desprinderea de pe sol (explozia); mișcarea este continuată pe o traiectorie ascendentă, asigurată de contracția mușchilor flexori ai coapsei pe bazin, acțiune corelată cu cea a mușchilor rotatori spre interior. Momentul contracției mușchilor flexori ai coapsei pe bazin va coincide cu momentul relaxării mușchilor care au determinat "explozia".

Acțiunea rotatorilor spre interior este simultană cu flexiunea coapsei pe bazin și cu inițierea pivotării membrului de sprijin, care aduce un plus de forță prin rotirea bazinului în jurul axei verticale.

Momentul final al flexiunii coapsei pe bazin, coincide cu finalul acțiunii de rotație spre interior a coapsei iar pivotarea membrului de sprijin este parțială. Finalizarea pivotării este corelată cu extensia gambei pe coapsă. Pivotarea completă și extensia gambei pe coapsă terminate simultan caracterizează finalitatea tehnicii. Acțiunea de flexie a gambei pe coapsă și revenirea membrului la poziția inițială, pe aceeași traiectorie, se realizează prin contracția succesivă a mușchilor flexori ai gambei pe coapsă, a mușchilor rotatori externi și a mușchilor extensori ai coapsei pe bazin. Acțiunea de revenire la poziția inițială are un rol important în economia tehnicii.

Metoda practică de realizare a experimentului.

Ne propunem prin acest experiment să evidențiem diferența de timp (timpul de execuție), care se înregistrează în execuția tehnicii Tollyoch'agi, folosind cele două moduri de execuție descrise anterior.

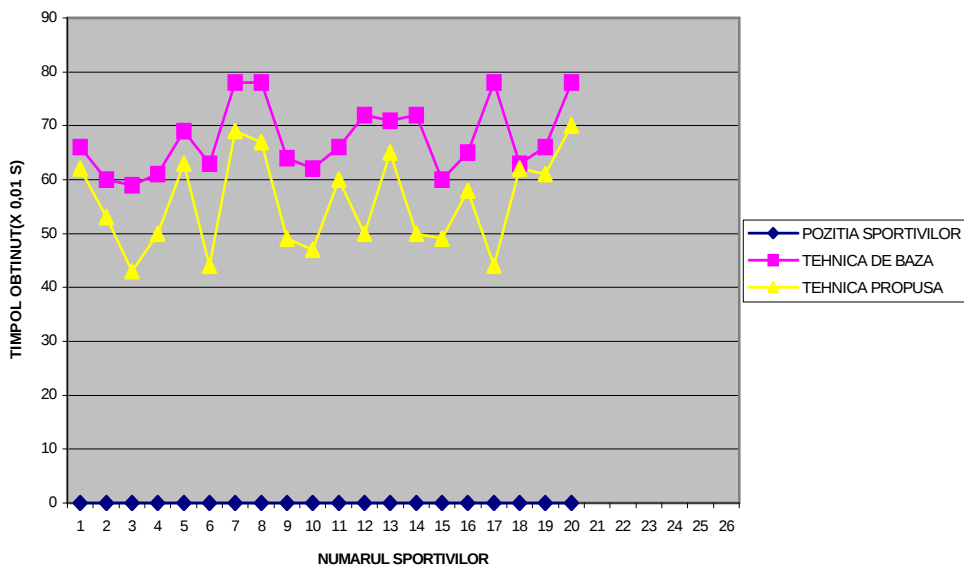
La acest experiment au participat 20 de sportivi, juniori, 10 băieți și 10 fete eșalonați pe categorii de greutate apropiate, medaliați la Campionatele Naționale. Așadar, sportivii participanți la acest experiment au o bună experiență în ceea ce privește execuția tehnică.

Experimentul constă în măsurarea timpului de execuție a celor două tehnici pentru fiecare sportiv. Pentru a reda cât mai exact timpul de execuție, urmând exemplul Departamentului de Biomecanică al centrului C.A.R. din Sant Cugat del Valles, s-a utilizat o cameră de luat vederi de tip SONY DCR-TRV 140 cu capacitatea de 50 de imagini pe secundă.

Timpul s-a înregistrat din momentul desprinderii membrului executant de pe sol și până la restabilirea sprijinului bilateral.

Pentru a crea o imagine de ansamblu, am centralizat datele măsurate și le-am introdus într-un sistem de axe.

REPREZENTAREA GRAFICA A DATELOR OBTINUTE IN URMA MASURATORILOR



Concluzii

Tratarea exhaustivă a subiectului propus, incluzând toate tehnicile, rămâne deocamdată un deziderat, urmând ca observațiile, interpretarea testelor, precum și concluziile aferente acestora, prezentate în lucrarea de față, să se constituie într-un modest început.

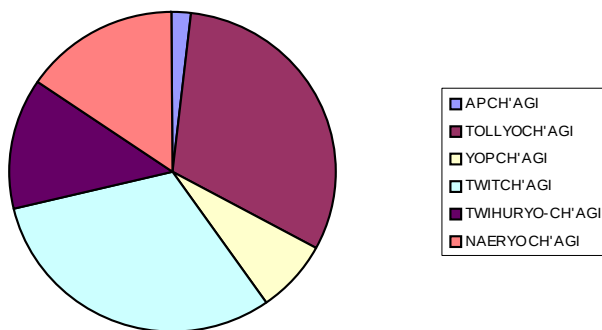
Dintr-o simplă analiză a graficului care s-a format în urma comparării datelor culese în timpul experimentului, se evidențiază o diferență notabilă între cei doi timpi înregistrați în execuția formei clasice și a celei propuse de noi, în cazul loviturii de picior Tollyoch'agi. Așadar, din studierea graficului, abordarea unei noi linii tehnice în executarea tehnicilor în Taekwondo, aduce îmbunătățiri substanțiale în timpul de execuție. Această diferență de timp sau creșterea în viteză a execuțiilor este un aspect esențial în Kyorugi.

Odată demonstrată eficiența tehnicii propuse de noi, aceasta va fi predată sportivilor într-o formă cât mai corectă, pentru ca în cele din urmă să fie folosită în competiții și să determine efectele scontate.

Tollyoch'agi este o tehnică frecvent întâlnită în Kyorugi. Deși studiul nostru a avut ca obiectiv studierea acestei tehnici, precizăm că toate tehnicile folosite în Kyorugi sunt într-o continuă transformare. Iată deci că, Kyorugi este singurul aspect al Taekwondo care permite, neavând o formă strictă, transformări de natură tehnică care îi asigură spectaculozitatea.

Deoarece tehnica aleasă de noi, Tollyoch'agi, nu este aleatorie, vom evidenția în graficul de mai jos procentajul tehnicilor întâlnite în Kyorugi.

PROCENTAJUL TEHNICILOR FOLOSITE IN KUORUGI



Având în vedere concluziile acestui studiu, nu vom înceta căutarea și aprofundarea acestui vast domeniu care este "tehnica". De asemenea, subliniem necesitatea realizării programelor de pregătire pe baze științifice, ca urmare a unei strânse colaborări dintre personajele direct implicate: sportivi, antrenori, preparatori fizici, nutriționiști și psihologi, pentru a realiza obiectivul propus: "**performanța**".

Trăim într-o societate tot mai violentă și deși unii sceptici afirmă că practicarea artelor marțiale alimentează această violență, considerăm că, paradoxal, Taekwondo ca și alte ramuri ale artelor marțiale, sunt o cale spre desăvârșirea autocontrolului și a stăpânirii de sine.

Latura marțială a Taekwondo-ului conține aspecte educaționale, care au o influență pozitivă în formarea personalității și organizarea vieții de zi cu zi a tinerilor practicanți.

BIBLIOGRAFIE

1. Choi Yong-ryol – 1989, "*Theory of Taekwondo Kyorugi*", editura Samhak Publishing Co., Seoul, Korea.
2. Dimciu Constantin – 1997, "*Taekwondo*", editura Sport-Turism, București.
3. Kim Dae-keon – 1998, "*Theories and Actualities of Sport Studies*", editura Seonil Munhwasa, Seoul, Korea.
4. Kukkiwon Taekwondo Textbook – 1994, editura Ohsung Publishing, Seoul, Korea.
5. Kyong Myong Lee – 1995, "*Dynamic Taekwondo*", editura Hollym International Corporation, New Jersey, U.S.A.
6. Kyong Myong Lee – 1996, "*Kyorugi-Dynamic Taekwondo*", editura Hollim International Corporation, New Jersey, U.S.A.
7. Kyong Myong Lee – 1994, "*Teakwondo Textbook*", editura Chang-jin Publishing, Seoul, Korea.
8. Macoveanu Dan – 2001, "*Metodica de antrenament în Taekwondo*", editura Luminalex, București.

OBIECTIVELE GENERALE ALE KINETOPROFILAXIEI PRIMARE A AFECȚIUNILOR DEGENERATIVE ALE APARATULUI LOCOMOTOR ȘI MIJLOACELE DE REALIZARE A ACESTORA

ELENA ZAMORA, MARILENA KORY-MERCEA

ABSTRACT. *The General Purposes of the Primary Kinetoprophyllaxy of Degenerative Disorders of the Locomotory System and the Ways to Obtain Them.* It is known that the constant performing of physical exercises preserves the somatic and phychic integrity of human body. The performing of physical exercises should be more effective because the sedentarism is a characteristic of modern life-style. The primary kinetoprophyllaxy has individual programs of exercises according to age, sex and the health status of the subjects. The workgroups on which the kinetotherapist will perform a recovery program are formed according to these criteria.

Introducere

Practicarea exercițiului fizic pentru menținerea sănătății este cunoscută din cele mai vechi timpuri. Astăzi toată lumea știe că atât corpul uman, cât și psihicul, au nevoie de exerciții fizice pentru a-și menține integritatea și buna funcționare (5). Deci, nu ideea în sine trebuie apărută, cu aplicarea ei trebuie concretizată, cu atât mai mult, cu cât sedentarismul a devenit una din caracteristicile vieții moderne.

Kinetoprofilaxia primară are indicații generale pentru toți subiecții, indiferent de vârstă. Programele de exerciții sunt însă individualizate în funcție de vârstă, sex, de starea de sănătate a subiecților, dar și de obiectivele urmărite. Pe aceste criterii se formează grupe de lucru relativ omogene, cu care kinetoterapeutul va executa un program sau altul (2).

Kinetoprofilaxia primară are și o serie de obiective specifice, dar mai puțin evidente, comparativ cu kinetoprofilaxia secundară. Obiectivele specifice se referă la probleme de patologie, în cazul în care subiecții prezintă o anumită boală sau riscul contactării acesteia.

Obiectivele generale ale kinetoprofilaxiei primare

Kinetoprofilaxia primară a afecțiunilor degenerative ale aparatului locomotor poate fi definită ca protejarea integrității morfofuncționale a aparatului mioatrokinetic prin măsuri individuale și colective (3, 4).

Mentinerea supletii articulare

Se execută mișcări pe toată amplitudinea acestora, urmărindu-se în special mobilizarea acelor segmente pe sensurile de mișcare mai puțin utilizate în activitățile zilnice. Fiecare exercițiu se repetă la început de două ori, ajungând progresiv să se repete de 8 ori, în ritm din ce în ce mai alert (5).

Mentinerea fortei musculare

Deoarece kinetoprofilaxia trebuie să se execute la domiciliu, pacienții vor fi învățați să execute exerciții izometrice simple, care să nu necesite vreo instalație specială, să fie scurte și eficiente (5).

Menținerea coordonării și abilității mișcărilor

De cele mai multe ori acest obiectiv este omis în mod eronat din programele de kinetoprofilaxie. Așa-zisa stângăcie a unora, mai ales după o anumită vârstă, are la bază de cele mai multe ori lipsa exercițiilor de coordonare (4).

Menținerea posturii și aliniamentului corect al corpului

Activitățile zilnice, în special cele profesionale care obligă la poziții prelungite incorecte, determină treptat posturi defectuase, mai ales ale capului, trunchiului umerilor și bazinului.

Cele mai frecvente posturi incorecte sunt: avansarea poziției capului sau ușoara lateralitate a acestuia, coborîrea sau ridicarea unui umăr, atitudinile scoliotice, spatele rotund, hiperlordozele, ștergerea lordozei, basculările de bazin în plan sagital sau frontal etc.

Aceste deposturări trebuie prevenite sau combătute. Kinetoprofilaxia acestora trebuie să înceapă din adolescență sau chiar mai devreme, atunci când elevii necontrolați învață în poziții defectuoase. La baza kinetoprofilaxiei posturale stă autocontrolul poziției corpului și a segmentelor sale (5).

Menținerea capacității de efort

Antrenarea capacității de efort care mai este denumit "antrenament de rezistență" urmărește obișnuirea sau reobișnuirea organismului cu prestarea unui efort prelungit în condiții aerobe. Aceasta este condiționată de "capacitatea maximă aerobă" a individului din momentul respectiv, dar în condițiile unui program kinetoprofilactic nu se poate recurge la testări ale acestei capacități, de la care să se plece pentru dozarea efortului prescris (5).

În kinetoprofilaxia primară a sedentarismului se utilizează ca modalități de efort mersul pe jos, alergarea pe teren plat sau accidentat, mersul pe bicicletă, înotul, jocurile sportive, activitățile lucrative fizice profesionale sau doar cu caracter ocupațional.

Eforturile de durată mai scurtă cum ar fi alergarea pe loc, săritura cu coarda, urcarea sau coborîrea scăriței fac parte mai mult din metodele kinetoprofilaxiei secundare, iar prestarea acestora comportă testări repetate și o urmărire mai strictă.

Ideea de bază pentru menținerea capacității de efort în cadrul kinetoprofilaxiei primare este aceea de a asigura un efort zilnic, cu durată mai lungă, cu implicarea cât mai multor grupe musculare. Ca și intensitate, un astfel de efort trebuie să se desfășoare la un nivel de aproximativ 50 % din capacitatea maximă aerobă a individului sau la un ritm cardiac de 120-130 bătăi / minut. Durata unui astfel de efort va fi de 1-2 ore/zi, în mai multe reprize și sub forme variate, în care sportul (tenis de câmp, tenis de masă, badminton, volei, baschet) ar trebui să intre obligatoriu (6).

Și în cadrul profilaxiei primare se recomandă exerciții de efort intens și de scurtă durată, în care ritmul cardiac să depășească 140-145 bătăi/minut (atenție la persoanele de vârstă a treia !) (3).

Un program complet de kinetoprofilaxie primară trebuie să cuprindă exerciții care să vizeze realizarea tuturor celor 5 obiective menționate mai sus. În general, fiecare kinetoterapeut alcătuiește un astfel de program, strict individualizat pe care îl predă pacientului. Programul are o durată de 10-15 minute și trebuie astfel alcătuit încât să se poată desfășura la domiciliu.

Deoarece mijloacele kinetice practic nu au contraindicații în cadrul profilaxiei primare a afecțiunilor degenerative ale aparatului locomotor, acestea ar trebuie să reprezinte aproximativ două treimi din timpul de lucru al fizioterapeutului.

BIBLIOGRAFIE

1. BĂLĂCEANU-STOLNICI C., *Geriatrică practică*, Editura Medicală AMALTEA, București, 1998, 342-355
2. BOCȘAN I.S., RĂDULESCU A., *Epidemiologie și asistență primară a stării de sănătate*, Tipografia U.M.F. Cluj-Napoca, 1994, p. 44-45
3. GHIDRAI O., *Geriatrică și Gerontologie*, Editura SRIMA Cluj-Napoca, 2000, p. 10-11
4. MATEESCU R., *Bazele fiziologice ale gerontoprofilaxiei*, Editura Helicon, Timișoara, 1996, p. 249-263
5. SBENGHE T., *Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare*, Editura Medicală, București, 1987, p. 611-637
6. SBENGHE T., *Kinesiologie. Știința mișcării*, Editura Medicală, București, 2002, 513-573

EXERCIȚIUL FIZIC, COMPONENTĂ A PROGRAMULUI DE OPTIMIZARE A STILULUI DE VIAȚĂ AL PERSOANELOR SUPRAPONDERALE

ELENA ZAMORA, MARILENA KORY-MERCEA

ABSTRACT. The Physical Exercise, a Component of the Lifestyle Optimization Program in Overweight Peoples. The high prevalence in population, the multiple complications, especially the cardiovascular risk, the direct and indirect high costs involved in the treatment of obesity, transform it into a major public health problem. Both in prophylaxy and in treatment, essential is the optimization of the life style, which implies mainly to perform constantly daily physical exercises, as a main way to increase the energetic costs of the organism.

Introducere

Prevalența crescută la nivel populațional, complicațiile multiple și mai ales riscul cardiovascular crescut, costurile directe și indirecte ridicate pe care le ridică îngrijirea obezității, fac din aceasta o problemă majoră de sănătate publică.

Obezitatea este o afecțiune nutrițional-metabolică cu largă răspândire, caracterizată printr-un exces ponderal care depășește cu peste 20 % greutatea ideală. Obezitatea este produsă printr-un aport alimentar crescut, la subiecții cu o anumită predispoziție genetică și generează numeroase complicații cardiovasculare, metabolice, locomotorii și de altă natură (3).

Clasificarea obezității

Se face în funcție de mai multe criterii. Pentru practică este foarte operantă clasificarea în funcție de: indicele de masă corporală (IMC) și în funcție de circumferința abdominală (8).

În funcție de IMC:

- 18,5 – 24,9 = Normal
- 25,0 – 29,9 = Supragreutate
- 30,0 – 34,9 = Obezitate gradul I
- 35,0 – 39,9 = Obezitate gradul II
- peste 40 = Obezitate gradul III (extremă)

În funcție de distribuția țesutului adipos:

- Obezitate abdominală: țesutul adipos este distribuit în regiunea abdominală și reprezintă un indicator al riscului cardiovascular și al diabetului insulinoresistent;
- Obezitate gluteofemurală: țesutul adipos este distribuit în regiunea coapselor și a feselor; la acest tip de obezitate riscurile descrise anterior sunt mai reduse (4).

Etiopatogenia obezității

Frecvența obezității este în creștere. Prevalența se ridică odată cu vârsta, fiind mai mare la sexul feminin. În țara noastră se apreciază că prevalența depășește 25-30 %. Prin complicațiile pe care le produce, obezitatea scurtează durata de viață cu circa 9-10 ani.

Factorii etiopatogenetici ai obezității sunt multipli și interdependenți (5). Dintre aceștia amintim:

- factori genetici: istoria familială este pozitivă;
- subnutriția mamei gestante, greutatea mică la naștere a fătului;
- stilul de viață nesănătos: alimentație hipercalorică, consum de alcool, sedentarism, stress;
- tulburări de comportament alimentar (6);
- factori fiziologici: sarcina, lactația, menopauza;
- factori endocrini (2) și hipotalamici (rar);
- medicamente.

Riscurile determinate de obezitate sunt foarte mari. Acestea pot fi apreciate printr-o serie de parametri, cum ar fi:

- mortalitatea (7);
- asocierea obezității cu diabetul zaharat de tip II, hipertensiunea arterială, dislipidemiile, bolile cardiovasculare;
- complicațiile respiratorii, osteoarticulare, ginecologice, neoplazice;
- scăderea calității vieții (4).

Abordarea în practică a persoanei cu suprapondere și obezitate

Abordarea în practică a obezității cuprinde două etape mari: abordarea inițială și abordarea continuă.

Abordarea inițială cuprinde:

- identificarea, evaluarea și selectarea persoanelor cu obezitate în clase de risc;
- stabilirea obiectivelor pe termen scurt: scadere ponderală de 5-10 % în timp de 3-6 luni, urmată obligatoriu de menținere ponderală timp de 6-9 luni;
- diagnosticul și evaluarea finală a celor 4 clase de risc: scăzut, moderat, crescut și extrem.

Abordarea continuă: are ca scop menținerea greutateii, prevenirea recidivelor și la nevoie repetarea curelor "slăbire-menținere".

Exercițiul fizic în educația specifică a pacientului cu obezitate

În optimizarea stilului de viață al pacientului cu obezitate, exercițiul fizic își are un loc bine stabilit, prescrierea acestuia făcându-se concomitent cu cea a dietei.

Prescrierea exercițiului fizic se va face în urma negocierii cu pacientul, în funcție de:

- dorință / voință (ce vrea);
- posibilitățile concrete de practicare a exercițiului fizic (ce poate).

În perioada de scădere ponderală, exercițiul fizic va avea intensitate și durată scăzute, iar în perioada de menținere intensitatea și durata acestuia vor fi dublate.

Beneficiile exercițiului fizic practicat zilnic sunt numeroase. Dintre acestea amintim:

- alături de o dietă hipocalorică, facilitează reducerea țesutului adipos cu menținerea musculaturii;
- reduce obezitatea abdominală și țesutului adipos visceral;
- reduce riscul de apariție a bolilor cardiovasculare și a diabetului zaharat de tip II, prin reducerea insulinorezistenței;
- reeduce valorile tensionale în cazul hipertensiunii arteriale;
- favorizează controlul glicemiei și al dislipidemiilor;
- previne complicațiile osteoarticulare;
- crește tonusul psihic, contribuind la ameliorarea calității vieții și la reducerea efectelor stress-ului.

Tipuri de exercițiu fizic :

1. Beneficii maxime asupra aparatului cardiovascular și a reducerii mortalității prin boli cardiovasculare se obțin prin practicarea zilnică a unei activități fizice cu intensitate moderată: mers pe jos, lucru în grădină, dans etc.
2. Exercițiile fizice aerobice, dinamice, care cuprind grupe musculare mari, efectuate în mod constant (zilnic sau de 3-6 ori pe săptămână) și cu intensitate moderată, determină o reducere a procentului masei adipoze, îmbunătățesc condiția fizică generală (și fitnessul cardiovascular). Sunt indicate atât în programele de scădere ponderală, cât și în cele de menținere a greutateii.
3. Pentru reducerea insulinorezistenței se recomandă și perioade de efort fizic intens.
4. În reducerea masei adipoze efecte benefice au și unele sporturi, cum ar fi: înotul, tenisul, ciclismul, gimnastica aerobică.

5. Deoarece practicarea regulată a unui sport sau a unei activități fizice nu este aplicabilă la majoritatea pacienților, se mai recomandă mersul pe jos în ritm rapid, zilnic, timp de 30-60 minute.

Studiile au demonstrat că pacienții care au continuat timp de 18 luni exercițiul fizic, și-au menținut greutatea după slăbire în proporție de 85 %, comparativ cu cei sedentari – 8 % (1).

Un obiectiv destul de greu de realizat este menținerea pe termen lung (cel puțin 2 ani) a greutății obținute. Alături de alte metode de atingere a acestui obiectiv este și menținerea unei balanțe energetice negative, prin practicarea unui exercițiu fizic cu intensitate crescută, pe o durată mai lungă de timp.

Practicarea exercițiului fizic zilnic și-a demonstrat locul bine meritat în programul complex de schimbare a stilului de viață a celor cu supragreutate sau obezitate. Creșterea aderenței la activitatea fizică se poate realiza doar prin educație continuă, instituțiile de învățământ trebuind să se implice în educația și în introducerea unui stil de viață sănătos prin practicarea constantă a exercițiului fizic.

Profilaxia primară se adresează întregii populații (mai ales persoanelor cu risc) și are drept scop prevenirea obezității. Aceasta presupune instituirea educației și optimizarea stilului de viață. Se realizează prin acțiuni complexe și susținute din partea diverselor departamente ale vieții politice, sociale și economice.

BIBLIOGRAFIE

1. CECIL – *Esențialul în medicină*. Ediția a IV-a, Editura M.A.S.T, București, 1999
2. DUNCEA ILEANA – *Obezitatea – Corelații endocrino-metabolice*, Editura Didactică și pedagogică, București, 1999
3. GHERASIM L. – *Medicină internă, vol. II*, Editura Medicală, București, 1999
4. HÂNCU N., VEREȘIU, I.A., *Diabetul zaharat, nutriția și bolile metabolice*, Editura Național, 1999
5. GALEA F. – *Tratamentul chirurgical al obezității severe*, Editura Medicală, București, 2000
6. *Jurnalul Român de Diabet și boli de nutriție*, vol. 25, 2001
7. N.I.H. – *Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity*. Am. J. Clin. Nutrition, 1992
8. ZAMORA ELENA, KORY-MERCEA MARILENA, ZAMORA C. – *Elemente practice de fiziologie generală și de fiziologie a efortului sportiv*, Editura Casa Cărții de știință, Cluj-Napoca, 1996

VALIDITY OF THE UKK WALK TEST IN PREDICTING THE MAXIMAL OXYGEN UPTAKE IN HUNGARIAN OVERWEIGHT MEN

ZAKARIÁS G.¹, PETREKANITS M.², LAUKKANEN R.³

ABSTRACT. The present study examined whether prediction models based on the 2-km UKK Walk Test (UWT) are valid for predicting the maximal oxygen uptake or maximal aerobic power (VO_{2max}) in overweight Hungarian men. Forty-eight, BMI 26-39, aged 24-62 years, sedentary or moderately physically active men, with no cardiorespiratory or musculoskeletal restrictions for a maximal stress test and fast walk, were studied. Maximal aerobic power was measured in a maximal uphill walk exercise test on a treadmill. The walking tests were performed on a 400-meter outdoors athletic track. The subjects walked 2 km (five laps) as briskly as they could. VO_{2max} was predicted with the formula as established in the original development study of the UWT. The total error of prediction and the correlation coefficient between the laboratory measured and UWT predicted VO_{2max} ($ml \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$) were 4.6 and 0.85. The Bland-Altman analysis showed a good agreement between the methods with the mean error of prediction $0.05 ml \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$. The results verify that the UWT can be used as reasonably valid test predicting of maximal aerobic power also in Hungarian overweight, but otherwise healthy, men.

Key words: maximal oxygen uptake, prediction of VO_{2max} , laboratory test, field test, overweight men

Key points:

UKK 2 km Walk Test (UWT) has been developed and validated in Finnish, Singaporean and Hungarian adults with good results. This study evaluated validity of the UWT in Hungarian overweight men. Total error of the prediction by UWT compared to the laboratory measured aerobic power was 11 % indicating that the UWT is a valid test also in this population sample.

¹ G Zakarias is a PhD student at Semmelweis University, Physical Education and Sport Sciences Faculty in Budapest. He works for Széchenyi University Győr as a PE teacher. He has been published at the fields of evaluation of cardiovascular fitness training and coaching of top athletes.

² Dr. Máté Petrekanits is an exercise physiologist at HUMET-R clinic in Budapest. He has been published in the fields of exercise physiology and haemodynamics during exercise. He teaches at Semmelweis University, Physical Education and Sport Sciences Faculty in Budapest. He is a member of the Hungarian Society of Sport Science.

³ Dr. Raija Laukkanen got her PhD at University of Kuopio in 1993. Dr. Laukkanen has acted as a docent in health-related fitness at University of Oulu, Department of Medicine since

1999. She has been published in the fields of cardiovascular training and dose-response issues as well as in evaluation of cardiovascular fitness. Dr. Laukkanen is a fellow of American College of Sport Medicine and a member of European College of Sport & Science.

Introduction

Measuring aerobic fitness is very important in order to evaluate the need for fitness improvement and give guidance to increase physical activity and to monitor changes in fitness. The maximal aerobic power ($\text{VO}_{2\text{max}}$) is an accepted index of cardio-respiratory fitness. The measurement of $\text{VO}_{2\text{max}}$ in laboratory settings with standard techniques requires expensive and complicated equipment as well as highly educated testing personnel, therefore it's widespread use is limited. Additionally, tests where the maximal effort of subjects is needed can be a health risk for untrained, overweight or aged persons. For this reasons, low-cost, simple, sub-maximal and more feasible tests are needed and have been developed for field use (6).

Some of the $\text{VO}_{2\text{max}}$ prediction tests are based on heart rate response during submaximal work on a bike-ergometer, such as the Åstrand-Ryhming test (1,4) or WHO-test (11) and during or after bench stepping, such as the Harvard Step Test (3) and the Canadian Home Fitness Test (9). Others, like the Cooper (5) and Leger (17,18) tests, use running or shuttle running with maximal effort to estimate maximal oxygen uptake. These tests provide a good method of predicting $\text{VO}_{2\text{max}}$ for fit individuals, but the result depends much on the motivation and running skills. And they are not a suitable movement for inactive, overweight or elder people. A safe and suitable exercise for adults is walking (20,23). Kline et al. (10) have developed a one-mile walking test for the estimation of $\text{VO}_{2\text{max}}$. The variables in the prediction are age, body weight, walking time and heart rate during the walk. Oja et al. (21) have developed a 2 km walking test named as the UKK Walk Test. There are separate prediction equations for women and men, and they include walking time, heart rate at the end of the walk, age and body mass index. The criterion validity of the 2-km walking test has been studied in overweight adults (12) and moderately to highly active middle-aged adults (13,14) with good results except for very fit men. The UKK Walk Test has also been validated in Singaporean and Hungarian adults (15,25) and shown to be valid in measuring change in aerobic fitness after walking training in middle-aged adults (16).

The UKK Walk Test was selected to be studied, because it is a simple and novel submaximal fitness test and recommended by the European Community Eurofit test battery for adults (22).

The aim of this work was to evaluate the validity of the UKK Walk Test in the Hungarian, overweight male population.

Subjects and methods

Subjects

The subjects were selected based on a questionnaire. The goal was to recruit a minimum of 80 healthy (considered fit for brisk walking, with no cardiorespiratory or musculoskeletal disorders or medication) overweight men, between 25-39 bodymass index, aged 24-64 years currently working in the city of Győr. Currently 140 non-athletic, less or moderately active men were invited by letter, e-mail and phone. One important inclusion criterion was: BMI index.

A total of 93 men responded to the invitation and 78 volunteer men were invited to this study. Before the laboratory test the subjects were invited to undergo a medical examination. Twenty subjects were excluded for the following reasons: eleven of them because of high blood pressure, eight of them because of abnormalities in resting ECG, one of them due to influenza infection. Teen subjects did not perform both tests and their results were therefore excluded. Thus 48 subjects are included in the final results.

Laboratory test procedure

All the laboratory tests were performed in the morning between 9-12 a.m. All subjects were fasted, abstained from alcohol and caffeine a minimum 2 hours before the test.

They did not do any exercise 24 hours before the test.

Anthropometric and performance characteristics of the subjects are presented in Table 1.

Body weight (Seca scale, Delta model 707, UK) and height (Holtain ltd. Wales, UK) were measured in minimal clothing without shoes and the subjects body mass index (BMI) was calculated. Body fat was estimated from 4 skinfolds, (biceps, triceps, suprailiac, subscapular) measured with a skinfold calliper (Lange ltd, Cambridge, USA) and calculated with Durnin & Womersley method (7).

Maximal oxygen uptake ($\text{VO}_{2\text{max}}$) was determined during uphill walking to subjective maximum on a treadmill (LE 6000 Jaeger GmbH, Germany). Walking speed during the test varied between 4.5-5.5 km/h and inclination increased 2.5 %

every two minutes. Expired gases were collected and analysed continuously (Jaeger MJ Datascript, Germany) in successive 30 second periods. Heart rate was recorded by ECG (4 leads, Hellige Sigma Multiscript 3, Hellige GmbH, Germany) and by a telemetric heart rate monitor (Polar Vantage NV, Polar Electro Oy, Kempele, Finland) with 5 seconds interval. Blood lactate was determined from the earlobe (Jaeger Dr. Lange Miniphotometer 8, Germany) at two-minute intervals during the test. Criteria for attaining VO_{2max} were as follows: heart rate at least 90 % of the age specific maximum (220-age), respiratory quotient (RQ) over 1.00 and capillary lactate over 4 mmol/l. All subjects had to fulfil at least two of the criteria.

Walking test procedure

Within 5- 9 days after laboratory testing, each subject walked a 2-km distance. The walks took place on a 400-m outdoor-track (covered by clay). The temperature during the test was between 21-24 C°, humidity was between 62 – 68 %. All subjects started individually every 60 seconds. The instruction for the walks was to "Walk the distance as fast as you can, but do not risk your health". Walking time was recorded on the finish line to the nearest second. Immediately after the walk and 1 minute later the heart rate was measured with Polar Pacer (Polar Electro Oy, Kempele, Finland) heart rate receiver fixed to a Polar handlebar transmitter.

Statistical analysis

Estimations of VO_{2max} were based on regression equations, established. Oja et al. (22) The relationship between the anthropometric and walking test variables were calculated. The t-test was used to evaluate the statistical significance of the correlation coefficients. A p-value of less than 0.05 was considered significant. The validity of the prediction model in measured data was evaluated with two methods. At first, we examined the relationships between the laboratory measured and predicted VO_{2max} by the mean difference, the correlation coefficient and the total error (E) according to Lohmann (20). Secondly, the data was analysed using the principle presented by Bland & Altman (2). The total error E of the prediction was calculated as follows:

$$E = \sqrt{\frac{\sum (\hat{y}_i - y_i)^2}{n}}$$

where $\hat{y}_i$ is VO_{2max} predicted by the Walk Test, y_i is VO_{2max} measured in the maximal exercise test and n is number of observations.

Results

The mean walking time and speed of the group were 16,9 min and 119 m·min⁻¹. The mean (SD) heart rate at the end of the test was 150 beats·min⁻¹ and corresponded to 81 % of the maximal heart rate.

The single correlation between VO_{2max}, selected anthropometric measures and the walking performance are presented in Table 2. The highest correlation was found between the walking time and VO_{2max}.(-0,49) Age, body mass index and body fat correlated better to relative VO_{2max} value (ml·kg⁻¹·min⁻¹) than to absolute value (l·min⁻¹). The correlation coefficient between the heart rate at the end of the walk and maximal aerobic power was the smallest.(-0,08)

Table 3 shows the laboratory measured and UKK Walk Test predicted VO_{2max}, as well as the mean difference, total error and correlation coefficient between them. The mean difference between the laboratory measured and UKK Walk Test predicted absolute and relative VO_{2max} were 0.60 l·min⁻¹ and 0.16 ml·kg⁻¹·min⁻¹ and the total error 0.34 l·min⁻¹ and 4.3 ml·kg⁻¹·min⁻¹, respectively. Figure 1 shows the measured regression between the walk time and for each subject, adjusted R² of 0.75, and standard error of estimate (SEE) of 4.3 ml·kg⁻¹·min⁻¹. In figure 2 the difference of methods (UKK Walk Test predicted vs. laboratory measured VO_{2max}) is presented against the mean of the methods. The mean error of prediction 1,89 ml·kg⁻¹·min⁻¹. As well as ± 2 DS limits of agreement (39,34- 43,76 ml·kg⁻¹·min⁻¹)

When compared to overweight men in the earlier study (12), the subjects of the present study had about the same mean fitness level. There were some persons with very low level of physical activity. The relative VO_{2max} (ml·kg⁻¹·min⁻¹) of the overweight subjects in this study was considerably lower than that of normal weight adults. The range of VO_{2max} in this group is very large: from 21,5 to 53,4 ml·kg⁻¹·min⁻¹ in measured VO_{2max}. However, the UKK Walk Test prediction did not show any systematic under- or overestimation of maximal aerobic power in unfit or fit individuals (Figure 1).

There is an interaction between the walking time and HR in the UKK Walk Test prediction equation. In this study the mean walking time was the same in previous studies (12,21,16). The subjects in this study did reach a lower heart rate in the walking test as moderately active men (81% vs. 87% of HR-max) in earlier studies (16,21). The exertion level or walking speed was, however, high enough for the UKK Walk Test (14).

The total error of the VO_{2max} prediction in this group was smaller (11% vs. 13%) compared with an earlier study on Finnish overweight men (12). The correlation

coefficients between the predicted and measured $\text{VO}_{2\text{max}}$ were high for both the absolute and relative $\text{VO}_{2\text{max}}$. Compared with an earlier study on overweight men (12) we found better prediction accuracy with the same walking times and heart rates in our study.

Conclusion

From the results we conclude that the UKK Walk Test developed in Finland, and validated in Singaporean and Hungarian sedentary, non athletic people, is a reasonably valid field test for estimating aerobic fitness of overweight, but healthy Hungarian adult men.

Acknowledgement

We would like to thank John Kowalsky for English language edition of this article.

REFERENCES

1. Åstrand P-O, Rhyming I. 1954. A monogram for calculation of aerobic capacity from pulse rate during submaximal work. *J Appl Physiol* 7:218-221.
2. Bland JM, Altman DG. 1986. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet* 1: 307- 310.
3. Brouha L, Graybiel A, Heath CW. 1943. The step test. A simple method of measuring physical fitness for hard muscular work in adult men. *Rev Can Biol* 2:86-91.
4. Cink RE, Thomas TR. 1981. Validity of the Åstrand-Ryhming monogram for predicting maximal oxygen uptake. *Br J Sports Med* 15:182-185.
5. Cooper KHA. 1968. A means of assessing maximal oxygen intake. *JAMA* 203: 135-138.
6. De Vries HA, Klafs CC. 1965. Prediction of maximal O_2 intake from submaximal tests. *J Sports Med* 5:207-214.
7. Durnin JVGA, Womersley J. 1974. Body fat assessed from total body density and it's estimation from skinfold thickness measurements of 481 men and women aged 16-72 years. *Br J Nut* 32:77-97.
8. Fábián GY, Zsiedegh M. 1998. Correlation and linear-regression. In: *Research-methods of physical education and sport science*. Budapest, Hungarian Physical Education University. pp. 34-35, 92.

9. Jette M, Cambell J, Mongeon J, Routhier R. 1976. The Canadian Home Fitness Test as a predictor of aerobic capacity. *Can Med Assoc J* 114:680-682.
10. Kline GM, Porcari J P, Hintermaister R, Freedson PS, Ward A, McCarron RF, Ross J, Rippe JM. 1987. Estimation of VO_2 from a one-mile track walk, gender, age and body weight. *Med Sci Sports Exerc* 3:253-259.
11. Lange Andersen K, Shephard RJ, Denolin H, Varnauskas E, Masironi R. 1971. *Fundamentals of Exercise Testing*. World Health Organisation, Geneva.
12. Laukkanen R, Oja P, Pasanen M, Vuori I. 1992. Validity of a two kilometre walking test for estimating maximal aerobic power in overweight adults. *Int J Obes* 16:263-268.
13. Laukkanen R, Oja P, Pasanen M, Vuori I. 1993. Criterion validity of a two-kilometre walking test for predicting the maximal oxygen uptake, *Scand J Med Sci Sports* 3:267-272.
14. Laukkanen R, Oja P, Pasanen M, Vuori I. 1993. A two-kilometre walking test: effect of walking speed on the prediction of maximal oxygen uptake. *Scand J Med Sci Sports* 3:263-266.
15. Laukkanen R, The Kong C, Lee P. 1996. Validation study of the UKK Walk Test in Singaporean adults. *Congress Proceedings of the 14th International Puijo Symposium*. Kuopio University Publications D. Medical Sciences 101. p.57.
16. Laukkanen RMT, Kukkonen-Harjula K, Oja P, Pasanen ME, Vuori IM. 2000. Prediction of change in maximal aerobic power by the 2-km walk test after walking training in middle aged adults. *Int J Sports Med* 21:113-116.
17. Leger LA, Lambert J. 1982. A maximal multistage 20 m shuttle run test to predict $\text{VO}_{2\text{max}}$. *Eur J Appl Physiol* 49:1-12.
18. Leger LA, Gadoury C. 1989. Validity of the 20 meter shuttle run test with 1 minute stages to predict $\text{VO}_{2\text{max}}$ in adults. *Can J Sport Sci* 14: 21-26.
19. Lohman TG. 1981. Skinfold and body density and their relation to body fatness: A review. In: *Human Biology*. Wayne State University Press 53:181-225.
20. Morris J, Hardman A. 1997. Walking to Health. *Sports Med* 23: 306-332.
21. Oja P, Laukkanen R, Pasanen M, Tyry T, Vuori I. 1991. A 2-km Walking test for assessing the cardiorespiratory fitness of health adults. *Int J Sports Med* 12:356-362.
22. Oja P, Tuxworth B. 1995. Two-kilometer walking test. In: *Eurofit for adults. Assessment of health-related fitness*. Strasbourg; Council of Europe, Committee for development of Sports, and UKK Institute, pp. 42-45.
23. Rippe J. 1986. Walking for fitness. A round-table. *Phys Sportsmed* 14:144-159.
24. Wei M, Kampert J, Barlow C, Nichaman M, Gibbons L, Paffenbarger R, Blair S. 1999. Relationship between low cardiorespiratory fitness and mortality in normal-weight, overweight, and obese men. *JAMA* 282:1547-1553.
25. Zakariás G, Petrekanits M, Laukkanen R. Validity of a two kilometre walk test in predicting the maximal oxygen uptake in moderately active Hungarian men. *Eur.J.Sport Sci* 2003 (under publishing)

Table 1

Physical characteristics of the subjects (n=48).

Characteristic	Mean±SD
Age (years)	43 ± 11.2
Weight (kg)	93.7 ± 9.7
Height (cm)	179 ± 6.1
BMI(kg/m ²)	29.8 ± 3.5
Body fat (%)	27.5 ± 3.2
VO _{2max} (l·min ⁻¹)	3.5 ± 0.43
(ml·kg ⁻¹ ·min ⁻¹)	36.6 ± 6.7
Maximal heart rate (beats·min ⁻¹) ¹	81 ± 13.1
Maximal blood lactate (mmol·l ⁻¹)	9.2 ± 2.8
Maximal respiratory quotient (CO ₂ /O ₂)	1.13 ± 0.06

Table 2Correlation coefficients between maximal oxygen uptake (VO_{2max}) and selected variables included in the prediction model and body fat (n=48).

	VO _{2max}	
	l·min ⁻¹	ml·kg ⁻¹ ·min ⁻¹
Age (years)	-0.40*	-0.45*
BMI (kg/m ²)	-0.08	-0.60**
Body fat (%)	-0.18*	-0.48*
Walking time (min)	-0.49**	-0.49**
HR ¹ (bpm)	-0.01	-0.08

¹ HR immediately at the end of the walk

**p < 0.01, *p<0.05

Table 3

Measured and predicted $\text{VO}_{2\text{max}}$, their difference (mean $\pm$ SD), total error (E) and correlation coefficient (r) for the group in the study (n=48).

	$\text{VO}_{2\text{max}}$	
	$\text{l} \cdot \text{min}^{-1}$	$\text{ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$
Measured $\text{VO}_{2\text{max}}$	3.33 ± 0.71	43.07 ± 8.81
Predicted $\text{VO}_{2\text{max}}$	3.34 ± 0.69	43.2 ± 8.6
Difference	0.01 ± 0.36	0.16 ± 4.6
E	0.34	4.6
r	0.86	0.85

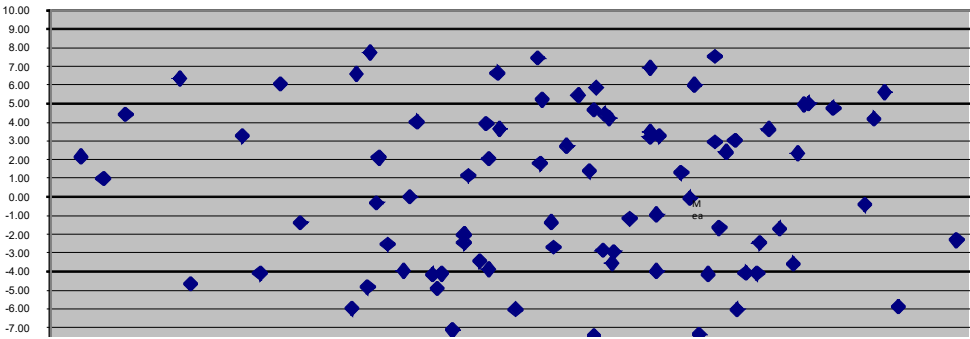
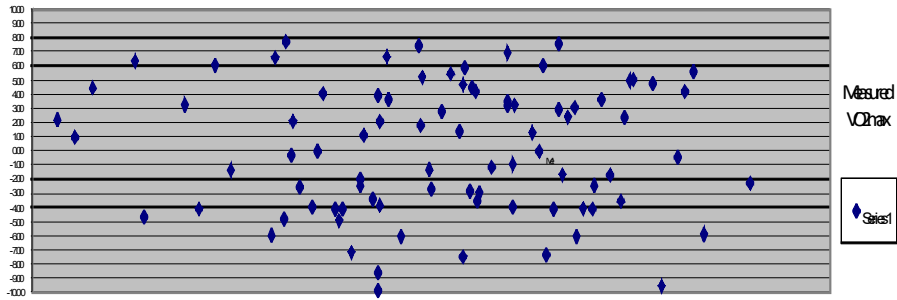


Figure 1. Scatterogram for the measured and predicted maximal oxygen uptake values, $\text{VO}_{2\text{max}}$ ($\text{ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$) values for the group in the study.



Adjusted R^2 and SEE ($\text{ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$) (n=48).

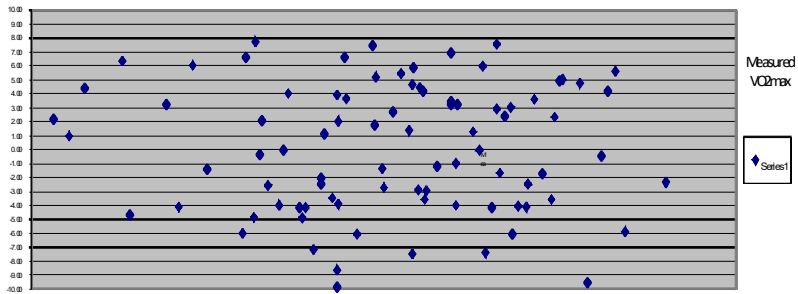


Figure 2. Scatterogram showing the association between the laboratory measured and UKK Walk Test predicted maximal aerobic power. Mean of methods and limits of agreement ($\pm 2\text{SD}$).

REINTEGRAREA IN SOCIETATE A PERSOANELOR OBEZE PRIN IMPLEMENTAREA UNUI SISTEM DE PROTECTIE SOCIALA

BERARU VLAD

ABSTRACT: Social Reintegration of Overweighted People Troughtout the Implementation of a Social Security System. The Physical Exercise, a Component of the Lifestyle Optimization Program in Overweight Peoples. The passing from the totalitarian social system to a liberal and democratic one leaves behind certain negative aspects, namely consequences of social system which is full defaults. Due the every day stress, improper life and work conditions and to come a well determined diseases there are people who come to an overweight phase who nevertheless continue to be past of their situation. This category comes to a rather embarrassing situation namely that of being marginalized within the society, issue which leaves a negative psychological label. This required alferwords a quite titanic effort from the behalf of the kinetotherapists, doctors and psychiatrists. A very important step in helping those belonging to this category must be made by the government by means of introducing a social security program at of the level of adult persons and as well the determination of young people become more involved in a physical activity.

Odata cu emanciparea situatiei sociale din romania au aparut si urmarile diferitelor actiuni la scara sociala indiferent de natura provenientei acestora. Trecerea de la un sistem social la altul, lucru transpus aici prin schimbarea de la un sistem totalitar la unul total diferit si liberal in care statul nu se mai implica atat de mult ca inainte, a dus la aparitia unei clase sociale total abandonate in romania atat din punct de vedere social cat si medical. Vom vorbi in continuare despre persoanele suferinde de obezitate si reintegrarea lor in societate.

Se stie foarte bine ca in zilele noastre se traieste sub o continua stare de stres fapt datorat problemelor cotidiene dar si grijii zilei de maine, caracteristica de moment a unei mari parti a populatiei tarii. Consecintele firesti ale acestor conditii se pot observa in esantioanele de populatie de diferite varste si pot avea ca baza de actionare si sistemul nervos sau unele anomalii ale unor organe interne sau boli ale acestora. O alta cauza des intalnita in cazul persoanelor suferinde de obezitate este lipsa acuta de miscare, de activitate fizica, fapt ce poate duce la o si mai mare

agravare a situatiei. Nu trebuie uitat aici nici factorul care are un rol deosebit de important mai ales în reprezentarea propriei imagini în societate și în viața de zi cu zi. Nu de puține ori ne întâlnim cu cazuri de marginalizare a persoanelor obeze, însă nu ne-am gândit niciodată că am putea ajunge foarte ușor în locul acestora în urma unor probleme de sănătate.

În abordarea situației persoanelor suferinde de obezitate trebuie să amintim de coordonata psihică, coordonata medicală și cea fizică toate acestea încadrate pe scena politicii sociale aplicate de sistemul respectiv. Este evident faptul că atunci când o persoană ajunge într-o fază avansată de obezitate, respectivă persoană nu-și mai poate duce la îndeplinire cu brio sarcinile pe care le are la locul de muncă sau în familie, infiltrându-se la un moment dat o stare de marginalizare în societate din partea altor persoane și astfel se instalează disconfortul psiho-social. Cauzele care duc la aceste situații sunt atât de natură medicală cât și socială mai exact lipsa protecției sociale a acestei categorii de persoane (S. Tanford, 1984).

Analizând situația din punct de vedere medical, în urma unor boli sau a unor stări emotionale intense se poate ajunge ca organismul să sufere dereglări ale glandelor interne, iar acestea duc la instalarea unei faze primare a obezității, care netratată corespunzător se poate agrava. Un studiu efectuat în Statele Unite ale Americii în anul 1980 a demonstrat că obezitatea este inamicul populației numărul doi după fumat (S. Tanford, 1980). Acest fapt are tendința de a se instala și în Europa însă nu la o așa scară largă dar care rămâne totuși un fapt amenințator. Urmare a celor menționate mai sus în Statele Unite ale Americii, sub incidența mai multor ministere a luat naștere un program social care să prevină și să combată obezitatea la toate categoriile de vârstă. Astfel s-a ajuns ca această politică socială să dea roade foarte repede. Concret pentru tineri s-a intensificat efortul de a-i mobiliza în cât mai multe acțiuni de educație și prevenire precum și în activități fizice pentru a avea un nivel constat-activ al metabolismului. Pentru persoanele de vârstă a doua și a treia, s-a reușit printr-o metodă chirurgicală, care astăzi este gratuită în S.U.A., diminuarea apetitului prin implantarea unui inel electromagnetic în jurul stomacului.

Mai interesant este modelul suedez de protecție socială care combină atât o asistență medicală gratuită pentru persoanele suferinde de obezitate, cât și un program de FITNESS la scară națională indiferent de vârstă (L. Popescu, 1998). Sistemul rutier suedez are în paralel cu calea de transport motorizată pista pentru bicicliști și alee de jogging care la orele diminetii și serii sunt neîncapătoare. Dar cel mai important lucru este dotarea materială excelentă pusă la dispoziția populației în săli de sport și parcuri, unde persoanele de toate vârstele parcurg exercițiile fizice sau diferite sporturi sub forme organizate.

Comparativ cu cele de mai sus, la noi în țară nu există nici măcar o statistică cu numărul persoanelor suferinde de obezitate. Date fiind și condițiile dure de viață din țara noastră, există un puternic potențial de instalare a bolii mai ales pentru persoanele supraponderale. Menționând faptul că țara noastră tinde să adere la Uniunea Europeană, Livia Popescu (1998) aduce într-o lumină nouă nevoia de

adaptare la cerintele europene, lucru fara de care nu vom fi adoptati in spatiul administrativ european. Acest lucru presupune conlucrare intre Ministerul Sanatatii si Guvern care sa aiba ca rezultat actiuni prin care persoanele obeze sa beneficieze de consultanta medicala gratuita si de un program de protectie sociala care sa le permita dupa o perioada de timp sa se reintegreze in societate.

Potrivit profesorului Nicolae Hancu, presedintele Asociatiei Romane pentru Studiul Obezitatii, in tara noastra, in monentul de fata, nu exista o statistica clara pe plan national cu referire la persoanele obeze. Tot ce se poate face in momentul de fata este o estimare pe baza unor studii locale sau regionale, conform carora 35 % din populatia adulta este supraponderala iar 25 % este obeza (revista CAPITAL, martie 2003). Analizand mai profund observam ca barbatii, probabil datorita unei activitati fizice mai intense se situeaza mai mult in zona supraponderala fata de femeii care se inscriu cu procente bune in zona obezitatii. Pe langa toate acestea se presupune ca mai mult de jumatate din populatia adulta a Romaniei are o greutate mai mare decât cea normala, lucru care ar trebui sa dea de gandit oficialitatilor pentru punerea in aplicare a unui program de control ponderal.

Sa nu uitam ca cea mai buna statistica demografica inregistra un echilibru stabil inainte de 1989 la capitolul persoane obeze iar un mijloc prin care s-a reusit acest lucru a fost sportul de masa care in acea vreme era practicat de un numar mare din populatia tarii. Din nefericire astazi nu ne mai putem mandri cu acest lucru iar sporadicele manifestari ale sportului de masa sunt sub forma unor cross-uri si acelea destul de rare cu ocazia diverselor anivesari sau a unor evenimente.

O varianta, care cred eu ar fi deosebit de eficienta este practicarea exercitiilor fizice sub o forma organizata si combinata cu un program de alimentatie adecvat.oricum fenomenul obezitatii se manifesta la nivel national, deci reinfintarea competitiiilor sportive de masa de gen daciada ar fi binevenite si incurajatoare.sa nu uitam aici ca practicarea sportului in general este un foarte bun factor psihotonic deosebit de eficient conducand catre o atitudine pozitiva in plan social. O atentie aparte trebuie acordata tinerilor care au probleme de acest gen si care ar trebui sa practice diferite ramuri de sport sub atenta indrumare a unor profesori de specialitate cu mai multe antrenamente pe saptamana iar rezultatele ar fi cu siguranta pozitive.

Vazuta la nivel continental, ca viitori aspiranti la Uniunea Europeana, trebuie sa ne dam seama de realitatea care ne depaseste, iar din pacate in prioritatile guvernantilor nu se afla si un program social de protectie al acestei categorii de persoane. Sa nu uitam ca odata cu integrarea in Uniunea Europeana drumul nu se opreste acolo si ca diferentele dintre sistemul nostru social si cele european vor trebui anihilate, iar acest lucru nu se poate face decat prin proiecte serioase cu o larga aplicabilitate in practica (M. Ferrara 1996).

Potrivit " Acordului si protocolului asupra politicii sociale a Europei " din 1992 de la Maastricht fiecare tara care doreste sa adere la Uniunea Europeana trebuie sa indeplineasca unele conditii care tin mai mult de domeniul tehnic-administrativ si cade in seama Guvernului si Ministerului muncii si protectiei sociale.

Dintre aceste conditii cele mai importante referitoare la clasele sociale defavorizate mai ales din punct de vedere al sanatatii sunt:

- Asigurarea conditiilor necesare imbunatatirii starii de sanatate aici fiind cuprinse atat servicii medicale cat si de recuperare a unor deficiente motrice ;

- infiintarea unor sisteme de asigurare a persoanelor care muncesc in conditii dificile de lucru ;

- ridicarea nivelului serviciilor de asistenta sociala a diferitelor categorii sociale cum ar fi pensionarii, bolnavii cu boli cronice si a persoanelor cu handicap;

Pentru a scoate in evidenta lipsa de interes pentru aceasta categorie de persoane am initiat un chestionar pe care l-am inmanat unui numar de 10 medici de familie din judetul Mures. Chestionarul cuprinde sapte intrebari prin care am urmarit parerea acestor medici in legatura cu obezitatea, conditiile in care se instaleaza boala si eventualele posibilitati de recuperare ulterioara instalarii bolii.

La prima intrebare "Pe ce loc ati plasa obezitatea pe o scala de la 1 la 10 intre bolile intalnite in practica medicala?" patru medici au acordat locul 8, unul locul 9 si restul medicilor locul 7. Din acest punct de vedere medicii apreciaza ca fiind o boala importanta alaturi de cancer si bolile cardiace.

A doua intrebare "Cate persoane supraponderale aveti in circumscriptia arondata?" a primit de la noua din cei zece medici de familie raspunsul - Nu stiu, un singur medic precizand in numar exact si anume 37 de persoane in diferite faze ale bolii. De aici reiese ideea ca nu se acorda o mare importanta bolii si probabil se lasa totul in seama persoanelor in cauza care neavand cunostiinte suficiente despre aceasta situatie se complac pe mai departe ajutand agravarea bolii.

La intrebarea urmatoarea "Cate persoane suferinde de obezitate aveti in circumscriptia dumnevoastra?" raspunsul a fost negativ – Nu stiu! cu exceptia unui medic ce avea sub observatie 2 cazuri. Acelasi medic care stia numarul supraponderalilor se ocupa si de soarta celor doua cazuri de obezitate care din pacate se afla in ultimele faze in care, doar printr-o metoda chirurgicala se mai poate remedia ceva.

Lasand posibilitatea de a raspunde liber la intrebarea "Ce masuri luati pentru a ajuta aceste persoane?" am ramas placut surprins datorita faptului ca medicii stiu ce au de facut, insa in practica acest lucru nu se prea intampla. Metodele de actiune impotriva bolii mentionate de medici sunt complete si cuprind pe langa metode medicale si regimuri dietetice combinate cu activitati fizice adaptate starii fizice a pacientului. Un lucru foarte important mentionat in raspunsul subiectilor au fost conditiile de instalare a bolii si modul lor de combatere.

Intrebarea numarul cinci "Ce efect au avut exercitiile fizice asupra acestor persoane in cazul utilizarii lor?" a avut un singur raspuns afirmativ si anume ca in cazurile care nu sunt scapate de sub control exercitiile fizice sunt cel mai bun remediu combinate cu o dieta stricta rezultand efectul scontat. Restul subiectilor au raspuns ca nu stiu exact dar ca urmarile lor nu sunt nocive organismului.

La intrebarea 'Considerati ca o colaborare cu un profesor de educatie fizica sau un kinetoterapeut ar avea efecte benefice asupra persoanelor obeze ?' toti medicii au recunoscut ca rezultatele unei activitati fizice supravegheate de specialisti isi ating mereu scopul mai ales daca se respecta strict acest program.

In loc de o ultima intrebare i-am rugat pe cei chestionati sa se exprime liber in legatura cu ce ar fi de facut pe viitor pentru a se evita largirea acestui fenomen neplacut. Majoritatea subiectilor au scos in evidenta faptul ca un program de prevenire ar fi cel mai indicat insa acesta trebuie sa aiba o sustinere oficiala si anume Ministerele sanatatii si Guvernul astfel incat rezultatele sa fie reale. Singurul medic ce a avut initiativa in ocrotirea persoanelor obeze a avut o idee deosebita si care mie mi-a placut mult si anume infiintarea unor sanatorii de recuperare a persoanelor suferinde de obezitate.

Subiectii chestionati au scos in evidenta lipsa mijloacelor si a parghiilor de actionare asupra acestei categorii de persoane si s-au exprimat in favoarea actionarii sub un cadru organizat si bine structurat care sa ajute la tinerea sub control a fenomenului. Controlul obezitatii presupune recunoasterea acesteia ca boala pentru ca sistemul de asigurari sa prevada fondurile necesare pentru examenele clinice si de laborator iar pe de alta parte formarea unor echipe medicale specializate si dezvoltarea retelei medicale care sa functioneze in sistemul asigurarilor de sanatate.

Ca si o concluzie a acestor idei putem spune ca in prim plan ramane integrarea in structurile europene dar nu trebuie neglijata situatia acestei categorii sociale care daca nu este stimulata la momentul oportun risca sa amplifice aceasta situatie, iar lipsa unui cadru structurat si suficient de asistenta medicala specializata in managementul clinic al obezitatii face loc unor metode "empirice" care nu rezolva nimic si sunt daunatoare sanatatii organismului. Unicul remediu "naturist" eficient este constientizarea, autocontrolul si optimizarea stilului de viata prin activitate si consum alimentar adecvat.

BIBLIOGRAFIE

1. Consiliul Uniunii Europene - 1992 " Acord si protocol asupra politicii sociale a Europei", Maastrich
2. FERRARA, MAURIZIO - 1996 " Recasting Social Protection for the Future of Europe", Roma
3. POPESCU, LIVIA- 1998 "Sisteme de securitate sociala in Europa", Presa Universitara Clujeana
4. TANFORD, SAM - 1984 "Social Influence Model: a Formal Integration of Influence Processes", London Academic Press
5. Revista "Capital" - "Persoanele *cu geutate* stau slab cu informarea", Martie, 2003
6. Dictionarul explicativ al limbii române

MODIFICĂRI PSIHO-COMPORTAMENTALE INDUSE DE BOALĂ LA PACIENȚI CU AFECȚIUNI ORTOPEDICO-TRAUMATICE ALE APARATULUI LOCOMOTOR

DOINA MÂRZA-DĂNILĂ

ABSTRACT. Psycho-Behavioural Modifications Occured by Illness to Traumatic Affections. The illness is affecting the patient on his psychological level, being perceived as an aggression to his own personality, moreover as an insecure or disastrous condition. The preliminary fear is the main element that extends the anxiety, especially the affective consequences after the acute stress has been consumed. The patient can react to the illness with optimism, pessimism, denial, indifference or independence, he can either accept or deny the idea of him going through the illness, this phenomena being expressed by his interlocking with the doctor. The illness is a regressive system in which the hyper sensibility, manifested through emotional dynamic bursting, are obvious in the patient's behavior. The knowledge of these psycho-behavioural changes is very useful to the kinetic therapist, in order to adjust control their approach to the patients.

Premise teoretice

Conceptele de boală și sănătate sunt concepte evaluative, ele fiind *circumscrie de dezvoltarea cunoașterii biomedicale, de orientările intelectuale ale culturii, de sistemul axiologic al societății* (Saxon, G., citat de Lupu și Zanc, 1999).

Importanța factorilor psihologici în bolile psihice, psihosomatice și în cele considerate pur fizice a fost dovedită în mod prodigios de cercetările și experiențele ultimelor decenii.

Odată cu perceperea apariției bolii (în cazul în care aceasta este de durată sau se exprimă cu brutalitate la nivelul subiectivității individului), acesta anticipează și o serie de amenințări la adresa integrității și/sau capacității sale fizice, mergând până la pieirea sa, mai ales dacă informațiile sale despre cazuri similare îi sugerează astfel de posibilități. În câmpul vieții sale socio-profesionale și familiale apar, de asemenea în caz de îmbolnăvire grevă, fisuri capabile în anumite situații (greu previzibile, mai ales la începutul bolii) - să se adâncească și să-l facă pe bolnav să-și modifice, dacă nu statutul și rolul său, cel puțin o inserție la nivel de grup până atunci satisfăcătoare sau chiar ideală.

Boala generează stres psihic prin două mari grupe de agenți stresanți: situație esențială de impas creată prin apariția, desfășurarea și consecințele bolii și disconfort psihic și somatic reprezentate de un cortegiu de suferințe fizice și psihice inerente.

Steinmuller (citată de Iamandescu, I.B., 1993) sintetizează limitarea câmpului de activitate a bolnavului prin *pierderea rolurilor obișnuite, a unor gratificații și a unor moduri de comportament adaptativ*.

Motivare

Majoritatea autorilor sunt de acord asupra mării importanțe a formării psihologice a terapeuților, unii vorbind despre importanța cunoașterii motivației și feluritelor manifestări afective din comportamentul bolnavilor, alții despre importanța formării psihoterapeutice a terapeuților, ceea ce ar trebui să implice însăși modificarea personalității lor. Studiul efectuat încearcă să vină în sprijinul acestei idei, rezultatele sale urmând să amelioreze formarea kinetoterapeuților.

Subiecți, metode

Pentru a decela impactul psiho-comportamental al bolii/accidentului asupra unor pacienți cu afecțiuni ortopedico-traumatice ale aparatului locomotor am folosit interviul anamnestic, neformal, ghidat. Interviul anamnestic a fost realizat cu ajutorul kinetoterapeuților angajați în diverse sectoare de activitate medicală, asupra a 78 de pacienți.

Eșantionul a cuprins pacienți de ambele sexe, cu vârste cuprinse între 15 și 65 ani, cu afecțiuni ortopedico-traumatice.

Tabel nr. 1

Distribuția pacienților pe categorii de vârstă și sex

<i>Categoria de afecțiuni</i>		<i>Ortopedico-traumatice</i>	
<i>Categoria de vârstă</i>		<i>F</i>	<i>B</i>
15-25 ani	21	13	8
26-35 ani	18	6	12
36-45 ani	12	6	6
46-55 ani	16	6	10
56-65 ani	11	4	7
<i>Total</i>		35	43
		78	

Pe baza unui ghid de interviu, kinetoterapeuții au completat grile de evaluare a atitudinilor și comportamentelor pacienților față de boală și situația de bolnav. Astfel, am încercat să surprindem atitudinile și comportamentul pacienților în legătură cu boala/accidentul în 3 momente diferite:

- înainte de accidentare/îmbolnăvire
- în momentul accidentării/primelor semne ale bolii
- în momentul începerii activității de recuperare kinetoterapeutică

Rezultate

Pentru a avea o imagine de ansamblu, foarte clară, a atitudinilor și comportamentelor pacienților în legătură cu boala/accidentul, prezentarea rezultatelor a fost eșalonată urmărind măsura în care modificările psiho-comportamentale induse de boală sunt influențate de vârstă, sex și antecedente, din 5 puncte de vedere:

- a. A atitudinilor generale față de accident/îmbolnăvire
- b. A stărilor psihice în momentul accidentării/primelor semne ale afecțiunii
- c. A stărilor psihice la începerea recuperării
- d. A simptomelor somato-fiziologice-psihice la începerea recuperării
- e. A atitudinilor față de evoluția afecțiunii

În prezentarea stărilor psihice s-a folosit următoarea ierarhizare (Cordun M., 1996): emoții primare (frică, furie, disperare, gândul că ar putea muri), emoții evaluativ-sociale (tendința de a învinui pe alții, teama de a nu-și pierde locul de muncă, teama de a nu fi afectată familia, teama de a nu-și pierde prietenii) și stări psihice de apărare a Eului (speranța că afecțiunea nu este prea gravă, resemnare, gândul că va avea o "pauză").

În prezentarea simptomelor somato-fiziologice-psihice s-a folosit următoarea ierarhizare (Cordun, M., 1996): reacții alergice (dureri de cap, tulburări de respirație, tulburări digestive, tulburări uro-genitale), reacții neuromusculare și vegetative (tensiuni musculare excesive, tremurături, amețeli, transpirații abundente), reacții fiziologice hipostenice (senzație de oboseală, senzație de slăbiciune, senzație de leșin), reacții cardio-vasculare și psiho-sugestive (puls accelerat, tensiune arterială mărită, gândire negativă) și reacții neuro-psihice (iritabilitate, predispoziție la plâns facil, dificultăți de comunicare, stări de agitație).

Din cei 78 de pacienți cu afecțiuni ortopedico-traumatice investigați, distribuiți pe categorii de vârstă și sexe conform tabelului nr. 1, 51 (22 femei și 29 bărbați) mai suferiseră accidente sau îmbolnăviri și 27 (13 femei și 14 bărbați) nu au declarat în antecedente acest lucru.

❑ **Atitudini față de accident/îmbolnăvire**

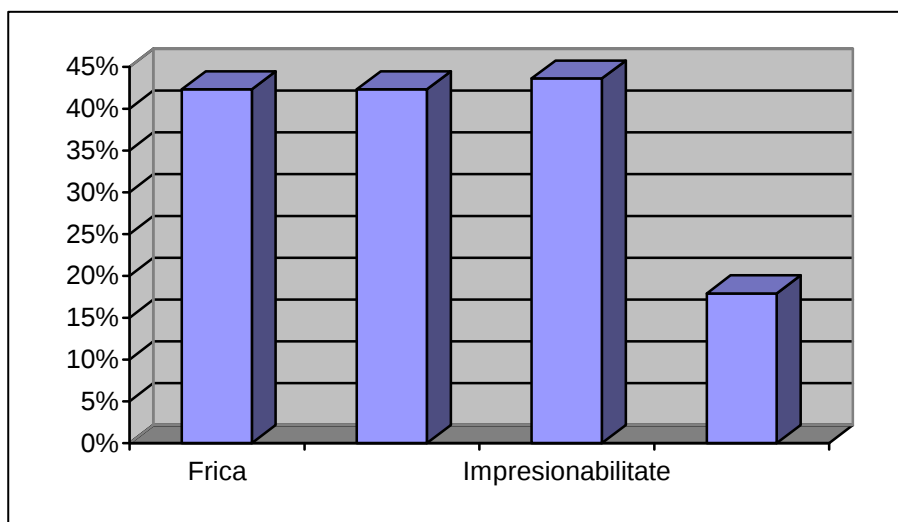
După cum se observă din graficul nr. 1, persoanele investigate sunt predispușe la atitudini ca frica de accident/îmbolnăvire, anticiparea suferinței, transpunere empatică în suferința celor din jur și neîncredere în terapii, în general. Primele trei atitudini sunt proprii, în mod obișnuit, aproape la jumătate dintre subiecții investigați, neîncrederea în terapie manifestându-se însă la mult mai puțini.

Persoanele care au mai suferit accidente/îmbolnăviri sunt mai mult predispușe la adoptarea acestor atitudini negative decât celelalte, femeile adoptă, în general, aceste atitudini în măsură mai mare decât bărbații, această tendință existând, mai ales, la categoriile de vârstă superioare. Totuși, conform calculelor statistice efectuate (tabel nr. 2), nu se poate afirma că antecedentele, sexul și categoria de vârstă influențează în vreun fel existența acestor atitudini.

Tabel nr. 2

Factori de influență asupra atitudinilor față de boală, la pacienții cu afecțiuni ortopedico-traumatice

Factori de influență	Hi pătrat calculat	Grade de libertate	Nivel de semnificație ales	Probabilitatea de garantare a rezultatelor	Hi pătrat tabelat	k-1	Coeficientul Cramer
Vârsta	9,0380	15	-	-	-	-	-
Sexul	1,3994	3	-	-	-	-	-
Antecedente	0,2508	3	-	-	-	-	-



Grafic nr. 1. Atitudini față de accident/boală, la pacienții cu afecțiuni ortopedico-traumatice

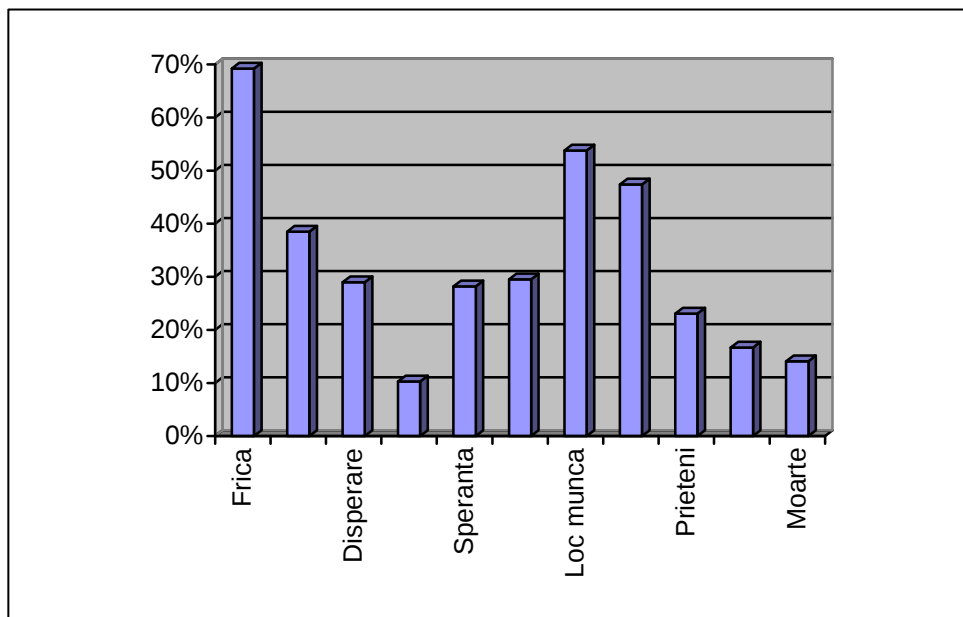
Persoanele care nu au mai suferit accidentări/îmbolnăviri sunt mult mai puțin predispuse să adopte astfel de atitudini, diferențele dintre femei și bărbați fiind ne semnificative, cu excepția impresionabilității unde bineînțeles că femeile au înregistrat valori mai mari.

□ ***Stări psihice în momentul accidentării/primelor semne ale afecțiunii***

Cei 78 de pacienți cu afecțiuni ortopedico-traumatice investigați au raportat un număr total de 270 stări psihice trăite în momentul accidentării/apariției primelor semne ale afecțiunii (Graficul nr. 2).

Analizând graficul se poate observa că cele mai multe persoane reacționează în primele momente resimțind o frică imensă pentru ceea ce li se întâmplă, pe următoarele locuri în ierarhia stărilor psihice momentane înscriindu-se teama de a nu-și pierde locul de muncă și de a nu fi afectată familia datorită accidentului/îmbolnăvirii

suferite de ei. Disperarea și gândul că în sfârșit vor avea o pauză sunt raportate de câte 29,5% dintre persoane, restul stărilor psihice fiind înregistrate cu o frecvență ceva mai scăzută. De consemnat, totuși faptul că peste 1/3 din stările psihice evocate sunt cele de speranță că afecțiunea nu va fi prea gravă.



Grafic nr. 2. Stări psihice în momentul accidentării /primelor semne ale afecțiunii la pacienții cu afecțiuni ortopedico-traumatice

Femeile care au mai suferit accidente/îmbolnăviri resimt în proporție mai mare decât bărbații din aceeași categorie frică (86,4% comparativ cu 51,7%), disperare (31,8% comparativ cu 20,7%), tendința de a învinui pe alții (13,6% comparativ cu 6,7%), gândul că vor avea în sfârșit "o pauză" (50% comparativ cu 24,1%), teama de a nu le fi afectată familia de pe urma îmbolnăvirii lor (77,3% comparativ cu 44,8%), sentimentul de resemnare (31,8% comparativ cu 20,7%) și gândul că ar putea muri (22,7% comparativ cu 13,8%). Bărbații care au mai suferit accidente/îmbolnăviri în schimb răspund în proporție mai mare cu furie (31% comparativ cu 9%), teama de a nu-și pierde locul de muncă (65,5% comparativ cu 59,1%) și sunt mai optimiști (24,1% comparativ cu 13,6%).

Un fapt interesant se poate constata urmărind situația stărilor psihice înregistrate de persoanele care nu au mai suferit accidente/îmbolnăviri. Aceste persoane răspund în proporție mult mai mare decât cei care au mai suferit accidente/îmbolnăviri cu stări psihice ca frica (74,1% comparativ cu 66,7%), furia (70,4% comparativ cu 21,6%), disperarea (37% comparativ cu 25,5%), tendința de

a-i învinui pe alții (11,1% comparativ cu 9,8%) și teama de a nu-și pierde prietenii (44,4% comparativ cu 11,8%), fiind însă în același timp și mai optimiști și sperând totuși că afecțiunea nu este prea gravă (44,4% comparativ cu 19,6%). În general, femeile reacționează în proporție mai mare decât bărbații cu stări psihice negative în această situație, bărbații fiind în măsură mai mică afectați și sperând mai mult că accidentul/afecțiunea nu este prea grav(ă).

Conform rezultatelor prelucrării statistice (Tabel nr. 3), stările psihice resimțite în momentul accidentării/primelor semne ale afecțiunii, se repartizează dependent de sex, antecedente și categorii de vârstă. Aceste rezultate sunt garantate cu o probabilitate de 95% (pentru un nivel de semnificație de 0,05), în cazul influenței pe care o are sexul asupra apariției acestor stări psihice și cu o probabilitate de 99,9% (pentru un nivel de semnificație de 0,001), în cazul influenței pe care o au antecedentele și vârsta. Valorile calculate pentru coeficientul lui Cramer demonstrează totuși că, asocierea existentă între factorii vârstă, sex și antecedente și trăirea anumitor stărilor psihice în momentul producerii accidentului/apariției primelor semne ale îmbolnăvirii este de intensitate slabă.

Tabel nr. 3

Factori de influență asupra stărilor psihice trăite în momentul producerii accidentului/apariției primelor semne ale afecțiunii, la pacienții cu afecțiuni ortopedico-traumatice

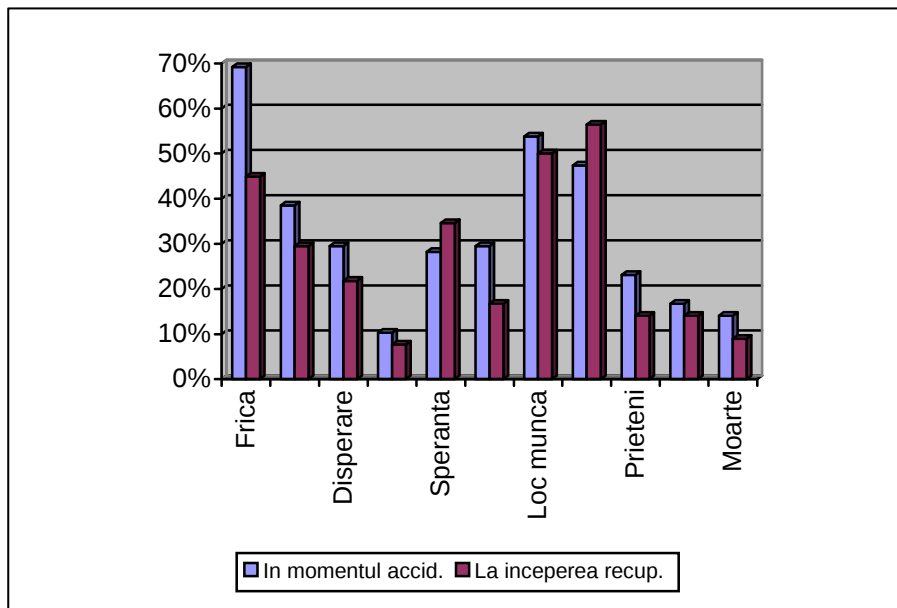
Factori de influență	Hi pătrat calculat	Grade de libertate	Nivel de semnificație ales	Probabilitatea de garantare a rezultatelor	Hi pătrat tabelat	k-1	Coeficientul Cramer
Vârsta	105,35	50	0,001	99,9	86,7	5	0,28
Sexul	19,08	10	0,050	95	18,3	1	0,26
Antecedente	29,93	10	0,001	99,9	29,6	1	0,33

□ *Stări psihice la începerea recuperării*

Următoarea evaluare s-a oprit la momentul începerii programelor de recuperare, moment care a fost diferit, fiind condiționat de recomandarea medicului pentru începerea activității kinetoterapeutice. Pentru a putea evidenția modul în care s-au schimbat stările psihice din primele momente ale producerii accidentului/îmbolnăvirii până la momentul începerii activității de recuperare, între timp trecându-se printr-un diagnostic medical și eventual printr-un tratament corespunzător (ortopedic, chirurgical și/sau medicamentos), am prezentat în graficul nr. 3 situația comparativă a stărilor psihice care au caracterizat primul și al doilea moment evaluat.

După cum se observă, majoritatea stărilor psihice trăite de pacienți s-au ameliorat ca urmare a stabilirii diagnosticului și a evoluției ulterioare. Faptul că, în acest moment, mai mulți pacienți resimt îngrijorare în legătură cu măsura în care le sunt afectate familiile, se datorează în general gradului de impotență funcțională pe care îl prezintă (care îi obligă să-și ia concediu medical și nu le permite să participe la activitățile familiale ca înaintea accidentării/îmbolnăvirii) și care urmează să fie

recuperat. Speranța că totul se va rezolva este resimțită de un procent mai mare de pacienți, probabil ca urmare a exprimării de către medic a unui prognostic favorabil și a evoluției satisfăcătoare a afecțiunii până la acest moment.



Grafic nr. 3. Situația comparativă a stărilor psihice resimțite în momentul accidentării și la începerea recuperării de către pacienții cu afecțiuni ortopedico-traumatice

Ca și în momentul producerii accidentului/primelor semne ale afecțiunii, și la începerea recuperării, stările psihice trăite de pacienți sunt influențate de sex, antecedente și vârstă, asocierile care se pot face fiind de slabă intensitate. Acest lucru este confirmat de rezultatele obținute în urma prelucrării statistice, prezentate în tabelul nr. 4, unde χ^2 calculat este mai mare decât χ^2 tabelat, în toate situațiile analizate. Rezultatele obținute sunt garantate cu o probabilitate de 80% (pentru un nivel de semnificație de 0,2) în cazul influenței sexului asupra stărilor psihice, cu o probabilitate de 99,5% (pentru un nivel de semnificație de 0,005) în cazul influenței exercitate de antecedente și cu o probabilitate de 97,5% (pentru un nivel de semnificație de 0,025) în cazul determinării lor de vârstă.

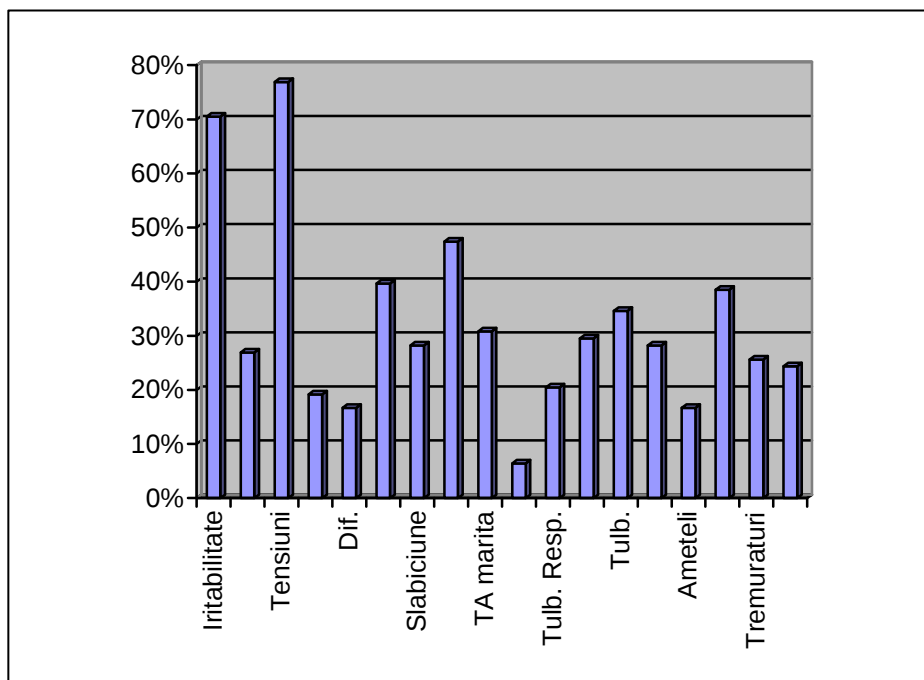
Tabel nr. 4.

Factori de influență asupra stărilor psihice trăite la începerea recuperării de pacienții cu afecțiuni ortopedico-traumatice

Factori de influență	Hi pătrat calculat	Grade de libertate	Nivel de semnificație ales	Probabilitatea de garantare a rezultatelor	Hi pătrat tabelat	k-1	Coeficientul Cramer
Vârsta	73,67	50	0,025	97,5	71,4	5	0,25
Sexul	15,19	10	0,200	80	13,4	1	0,24
Antecedente	26,60	10	0,005	99,5	25,2	1	0,33

❑ **Simptome somato-fiziologice-psihe la începerea recuperării**

Chiar dacă stările psihice înregistrate la începerea recuperării se regăsesc ameliorate, din graficul nr. 4, se poate observa impactul pe care l-au avut asupra pacienților atitudinile negative adoptate înainte de îmbolnăvire și stările psihice trăite în momentul îmbolnăvirii și în continuare (pe perioade de timp variabile, în funcție de diagnosticul și prognosticul medical și de tratamentul aplicat).



Grafic nr. 4. Simptome somato-fiziologice-psihe la începerea recuperării, la pacienți cu afecțiuni ortopedico-traumatice

S-au declarat 449 manifestări de simptome somato-fiziologice-psihe, care se pot datora stresului indus de boală și situația de bolnav.

76,9% dintre pacienți au afirmat că resimt senzații de tensiuni musculare excesive (situație confirmată și de examinarea palpatorie efectuată ulterior) și 70,5% au declarat că, de la producerea accidentului/îmbolnăvirii, au început să manifeste stări de iritabilitate necontrolată, însoțite sau nu de senzații de tremurături (la 25,6% dintre pacienți). Accelerarea pulsului la 47,4% dintre pacienți a fost însoțită de creșterea tensiunii arteriale (la 30,8% dintre pacienți), tulburări ale respirației (la 20,5% dintre pacienți) și dureri de cap (la 29,5% dintre pacienți). Stările nejustificate de agitație (la 39,7% dintre pacienți) au fost corelate cu apariția transpirațiilor abundente (la 38,5% dintre pacienți). 28,2% dintre pacienți au acuzat stări de slăbiciune, cu senzații de oboseală nejustificată (la 26,9% dintre pacienți), plâns facil (la 19,2%

dintre pacienți), amețeli (la 16,7% dintre pacienți) și senzații de leșin (la 6,4% dintre pacienți). Au fost raportate, la 34,6% dintre pacienți, tulburări digestive, la 28,2% dintre pacienți tulburări uro-genitale și la 16,7% dintre pacienți dificultăți de comunicare. 24,4% dintre pacienți au mărturisit că, în ultima perioadă au început să fie marcați de "gânduri negre", obsesive, în legătură cu starea lor de sănătate.

În general, se poate constata că femeile care au mai suferit accidente/îmbolnăviri au fost mai puternic marcate de stresul datorat acestei situații decât bărbații din aceeași categorie. În ceea ce privește persoanele care nu au mai suferit accidente/îmbolnăviri, se pare că impactul evenimentului trăit a avut urmări mai marcante asupra bărbaților decât asupra femeilor.

Din tabelul nr. 5 rezultă că natura simptomelor somato-fiziologice-psiice este influențată semnificativ, doar de sex, asocierea stabilită fiind însă de mică intensitate; între antecedente, vârstă și natura simptomelor nu s-a găsit nici o legătură. Acest lucru înseamnă că, vârsta este factorul care influențează apariția cu preponderență a unora sau altora dintre simptome și că femeile sunt mai afectate decât bărbații.

Tabel nr. 5

Factori de influență asupra simptomelor somato-fiziologice-psiice la începerea recuperării de pacienții cu afecțiuni ortopedico-traumatice

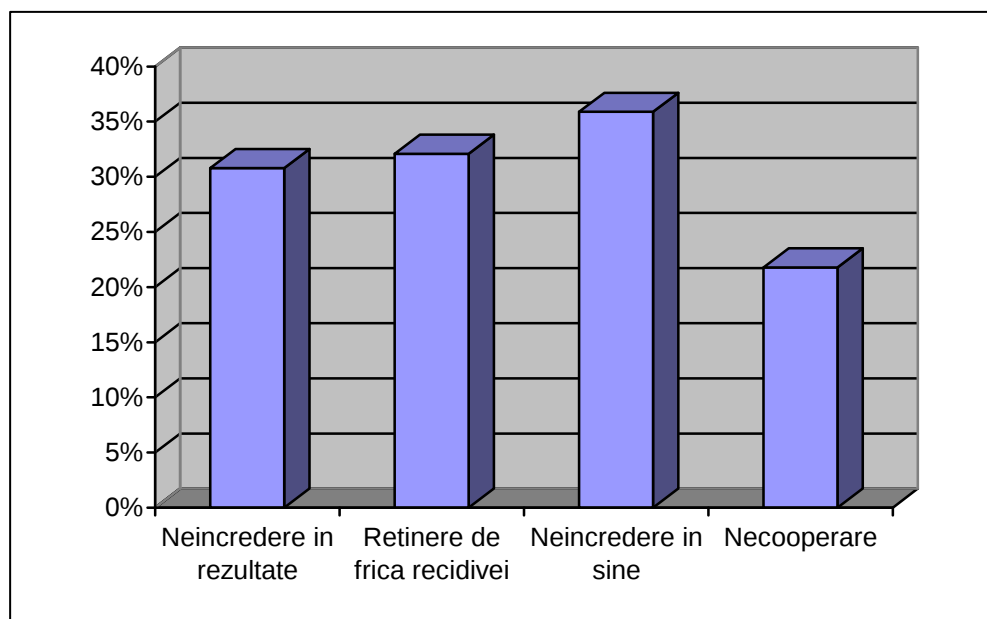
Factori de influență	Hi pătrat calculat	Grade de libertate	Nivel de semnificație ales	Probabilitatea de garantare a rezultatelor	Hi pătrat tabelat	k-1	Coefficientul Cramer
Vârsta	58,06	85	-	-	-	-	-
Sexul	17,48	17	-	-	-	-	-
Antecedente	36,28	17	0,005	99,5	35,7	1	0,28

□ *Atitudini față de evoluția afecțiunii și față de recuperare*

Toate aceste stări psihice trăite de pacienți în momentul accidentării/îmbolnăvirii, prelungite în timp până la momentul începerii recuperării și simptomele somato-fiziologice-psiice dezvoltate în consecință, au condus la adoptarea unor anumite atitudini în legătură cu evoluția afecțiunii și activitatea de recuperare (mai mult sau mai puțin în concordanță cu necesitatea participării conștiente și active la propria recuperare). Graficul nr. 5 reprezintă situația acestor atitudini adoptate de pacienții investigați, la momentul începerii activității de recuperare.

Chiar dacă, la prima vedere, se poate afirma că situația nu este chiar atât de rea, faptul că se înregistrează la un procent destul de mare de pacienți (între 60-80%) o stare de spirit favorabilă începerii în bune condiții a procesului de recuperare, nu înseamnă că simptomele somato-fiziologice pe care le-au declarat pacienții nu se mai manifestă. Procentul satisfăcător de pacienți care declară că au încredere în terapie, în forțele proprii și sunt dispuși să colaboreze acționând în consecință, se datorează faptului că aceștia intră în programul de recuperare cu o serie de disfuncții pentru înlăturarea cărora știu că aceasta este terapia cea mai eficientă. Deci, în acest

moment, fie că pornesc la drum cu încredere reală, fie că încrederea declarată se datorează unei atitudini de genul "dacă tot trebuie să o fac, hai să o fac și pe asta să văd ce iese". Aceste procente se regăsesc de obicei scăzute drastic după câteva ședințe de recuperare, în cazul în care nu a apărut nici un progres, sau pacienților li se pare că efortul care li se cere este prea mare. Din acest punct de vedere, mult mai bine se situează după câteva ședințe subiecții care inițial au declarat că nu au încredere, pentru că ei și-o clădesc împreună cu kinetoterapeutul și o direcționează treptat spre a o transforma într-o puternică motivație intrinsecă.



Grafic nr. 5. Atitudini la începerea activității de recuperare, la pacienții cu afecțiuni ortopedico-traumatice

Foarte puține dintre persoanele care nu au mai suferit accidente/îmbolnăviri prezintă atitudini negative sau rețineri față de kinetoterapie. Acest lucru ne conduce la concluzia (confirmată, de fapt, în cadrul discuțiilor cu pacienții, că unele dintre persoanele cu antecedente reacționează manifestând neîncredere din cauza unor eșecuri sau amintiri neplăcute înregistrate în tratamentele urmate anterior.

Atât femeile care au mai suferit accidente/îmbolnăviri, cât și cele fără antecedente, sunt mai puțin încrezătoare și au mai multe rețineri decât bărbații.

Din tabelul nr. 6, rezultă că, s-au putut găsi legături între sex, antecedente și atitudinile față de evoluția afecțiunii și recuperare, în sensul că acestea determină adoptarea atitudinilor urmărite, în general, femeile și persoanele care au mai suferit accidente/îmbolnăviri fiind mai mult predispuse la o atitudine negativă. Aceste

rezultate sunt garantate cu o probabilitate de 97,5% (pentru un nivel de semnificație 0,025) în cazul influenței pe care o are sexul în adoptarea atitudinilor urmărite și cu o probabilitate de 70% (pentru un nivel de semnificație de 0,3) în cazul antecedentelor și a influențelor lor asupra atitudinilor investigate. Valorile coeficientului lui Cramer ne arată că există o asociere de intensitate slabă între sex, antecedente și atitudinile față de evoluția afecțiunii și recuperare. Vârsta nu influențează adoptarea acestor atitudini.

Tabel nr. 6

Factori de influență asupra simptomelor somato-fiziologice-psihice la începerea recuperării de pacienții cu afecțiuni ortopedico-traumatice

Factori de influență	Hi pătrat calculat	Grade de libertate	Nivel de semnificație ales	Probabilitatea de garantare a rezultatelor	Hi pătrat tabelat	k-1	Coeficientul Cramer
Vârsta	4,86	15	-	-	-	-	-
Sexul	10,48	3	0,025	97,5	9,35	1	0,23
Antecedente	4,28	3	0,3	70	3,67	1	0,15

Concluzii

- Majoritatea pacienților care au suferit accidente/cu alte afecțiuni ortopedico-traumatice, au trăit în primele clipe în care au conștientizat situația, adevărate "atacuri de panică" (panic disorders). Caracteristici importante ale atacului de panică sunt creșterea rapidă a anxietății, răspunsul somatic sever și frica de un deznodământ sinistru, simptomele sale fiind: dispneea sau senzația de sufocare (smothering), senzație de strangulare (choking), palpitații și tahicardie, disconfort sau durere toracică, transpirații, amețeli, senzații de nesiguranță sau de leșin, greață sau suferință abdominală, amorțeli sau furnicături (parestezii), tremor sau frison, teamă de moarte.
- În general, cronologia reacțiilor și atitudinilor pacienților pe parcursul evoluției afecțiunii este următoarea:
 - O Imediat după accident sau conștientizarea primelor semne ale afecțiunii are loc o dezorganizare emoțională, mai mult sau mai puțin intensă, care poate avea aspect de șoc. După cum s-a observat din cercetarea efectuată, această dezorganizare este mai intensă la femei decât la bărbați și marchează mai ales persoanele care au mai suferit accidente/afecțiuni și în trecut. De asemenea, categoriile de vârstă cuprinse între 36-55 ani par a fi cele mai vulnerabile.

- o După stabilirea diagnosticului și instituirea tratamentului, în funcție de "verdictul" dat de medic în legătură cu prognosticul afecțiunii, anxietatea pacienților poate scăde (la cei care accidentul/afecțiunea este mai puțin grav(ă), medicul a confirmat acest lucru, tratamentul nu presupune intervenție chirurgicală și prognosticul este bun, sau poate să crească în caz contrar. La începerea recuperării, unii pacienți se pot simți optimiști și plini de încredere în forțele proprii, alții se pot simți neajutorați, limitați fizic și pot suferi o depresie acută. În această a doua categorie se înscriu, de obicei, acei pacienți care au antecedente medicale și au păstrat impresii neplăcute despre tratamente și eșecuri anterioare.
- o Anumite manifestări specifice, fizice, comportamental-emoționale sau intelectuale pot indica faptul că nu s-a realizat o adaptare adecvată la stres: reacții alergice, reacții neuro-musculare, reacții hipostenice, reacții cardio-vasculare, reacții neuropsihice, reacții vegetative și reacții psiho-suggestive.

BIBLIOGRAFIE

1. IAMANDESCU, I.B., *Stresul psihic și bolile interne*, București, Edit. ALL, 1993
2. IAMANDESCU, I., *Manual de psihologie medicală*, București, Edit. INF Omedia, 1995
3. LUPU, I. și ZANC, I., *Sociologie medicală. Teorie și aplicații*, Iași, Edit. Polirom, 1999
4. MÂRZA DĂNILĂ, D., *Ameliorarea actului recuperator kinetoterapeutic prin implicarea factorilor de personalitate și aplicarea legităților psihologice ale relațiilor terapeut-pacient*, Teză de doctorat, ANEFS București, 2002

REZULTATE ALE KINETOTERAPIEI PRE- ȘI POSTOPERATORII ÎN INTERVENȚIILE CHIRURGICALE DE CORECTARE A HIPOPLAZIEI MAMARE

DOINA MÂRZA-DĂNILĂ

ABSTRACT. The Kinetic Therapeutical Results in Before/After Mammary Hypoplasia Correction Surgery. In surgery, the pre- and post surgical kinetic therapy has got a remarkable role being very important to the recovery process. As in any scientific domain where staff with different tasks and fields of knowledge interfere with each other, in surgical recovery process as well it is needed, for the best results, the genuine collaboration between the different field's specialists. This is a very important aspect, moreover because lately in the recovery field perilous tendencies to subjectively amplification the importance of some branches against the others had been distinguished. Between the surgery and the healing process there is a period where the patient is practically deprived by the medical or cosmetic surveillance, namely the convalescence period. This is the time when the kinetic therapist's role is major, taking the lead in the recovery process, on the basis of the co-operation with the surgeon, with remarkable results.

Chirurgia estetică derivă din chirurgia plastică și reconstructivă și reprezintă o latură mai rafinată a chirurgiei, pe bună dreptate numită Chirurgia frumuseții. Ea este arta înfrumusețării umane (Ganea M., 1998).

Chirurgia cosmetologică nu este o chirurgie corectoare a unor defecte morfologice și funcționale, imperativul estetic fiind primordial. Acesta se realizează prin manopere de mare complexitate și finețe, utilizând un instrumentar specific și tehnici standardizate. Omologarea acestora se realizează în cadrul Societății Europene de Chirurgie Estetică, la care a aderat și țara noastră. Această delimitare este necesară, încă de la început, atunci când se abordează un subiect de chirurgie generală sau plastică reconstructivă.

Kinetoterapia și recuperarea în chirurgia estetică reprezintă un domeniu extins de aplicabilitate pentru terapiile de specialitate promovate în paralel cu practicile clasice sau tradiționale specifice.

Prin realizarea unei concepții interdisciplinare a problemelor globale medico-chirurgicale în lumina actualelor posibilități terapeutice, integrarea noțiunii de estetic și funcțional în contextul terapeutic corespunzător standardelor europene actuale relevă rolul major al procedurilor chirurgicale specifice, dar și a celor recuperatorii în ameliorarea condiției defavorizante a pacienților respectivi.

Multitudinea mijloacelor care concură la realizarea eficientă a recuperării a creat specialități diferite, între care nu pot exista relații de subordonare, ci doar de conlucrare. Fiecare dintre specialitățile respective sunt deservite de specialiști profilați ca pregătire pentru domeniul lor de activitate bine delimitat. Activitatea izolată, pe diverse specialități, generează uneori conflicte între diversele specializări, explicabile prin lipsa unei conduite unitare și a unui comandament terapeutic unic. Din nefericire, marele păgubit în această situație este tocmai pacientul.

Ca segment important al recuperării, Kinetoterapia vine cu specialiștii pregătiți la cele mai înalte standarde pentru a-și aduce aportul la atingerea obiectivelor urmărite în funcție de necesități.

Dobândirea deprinderilor și abilităților necesare unui kinetoterapeut în cadrul unui program de colaborare multidisciplinară, în paralel cu însușirea informațiilor necesare cunoașterii fenomenelor morbide specifice și a factorilor care le determină, conduce la realizarea unui mod de gândire care va sta la baza actului terapeutic, dublându-i competența și eficiența.

Este recomandată prezența kinetoterapeutului în sala de operație, pentru ca, pe baza cunoștințelor temeinice de anatomie topografică, descriptivă, fiziologie, semiologie, recuperare și chiar de elemente din sfera chirurgiei, să știe ce s-a făcut și ce are de făcut în continuare.

PREMISE TEORETICE, MOTIVARE

Între actul operator și vindecare există o perioadă practic lipsită de supra-veghere medicală sau supraveghere cosmetologică, numită perioadă de coalescență. În această perioadă rolul kinetoterapeutului este major, pe baza colaborării cu medicul chirurg organizând, conducând și supraveghind întregul program recuperator.

O mare parte din sarcina diminuării neplăcerilor postoperatorii o poate avea activitatea kinetoterapeutică. Pregătirea prealabilă a terenului ce urmează a fi operat, comunicarea mai apropiată dintre pacient și kinetoterapeut, ca urmare a timpului petrecut mai mult împreună, cunoașterea cât mai exactă a prognosticului, recuperarea postoperatorie, toate acestea fiind foarte importante din punct de vedere al diminuării riscului de înregistrare a unui eșec.

Pentru a corecta sau îmbunătăți displastiile congenitale sau dobândite ale sânilor, chirurgia estetică intervine cu succes prin anumite procedee specifice. Costurile pretinse pentru aceste intervenții nu sunt foarte mici, dar pentru multe femei chirurgia cosmetică este neprețuită pentru că le alungă anxietatea și le restabilește încrederea în viață.

După intervenția chirurgicală, pacientele pot prezenta tumefacție și echimoze la nivelul zonei pe care s-a intervenit, paretezii sau hipoestezie și riscul constituirii cicatricilor retractile sau cu aspect de cheloid. De asemenea, este necesară tonifierea marelui pectoral care susține greutatea sânilor și facilitarea (în sensul accelerării procesului de vindecare) cicatrizării, deoarece poziția verticală și forța de gravitație care acționează asupra sânilor riscă să supratensioneze cicatricea.

Durerea restantă după intervenția chirurgicală este jenantă și poate determina producerea unor contracturi antalgice și diminuarea amplitudinii respiratorii, motiv pentru care kinetoterapeutul trebuie să acționeze, pe fondul combaterii cât mai rapide a durerii, în sensul prevenirii instalării contracturilor și a educării unei respirații corespunzătoare care să conserve, sau chiar să îmbunătățească, amplitudinea respiratorie.

Chiar și reeducarea poziției bustului este necesară la persoanele care, datorită defectelor pe care le-au avut, au adoptat unele poziții prin care sperau să le ascundă (ștergerea curburii cifotice fiziologice a regiunii dorsale a coloanei vertebrale la femeile cu hipoplazii mamare - datorită tendinței de a împinge pieptul spre înainte). Această reeducare are scopul de a corecta o serie de atitudini deficiente, prevenind instalarea unor deficiențe structurale, și de a pune în valoare noul aspect al bustului obținut în urma intervenției chirurgicale.

Pe scurt, deficitele care justifică necesitatea asocierii tratamentului prin kinetoterapie sunt aproape comune tuturor intervențiilor chirurgicale pe torace, oricare ar fi fost afecțiunile care le-au motivat, el adresându-se de fapt consecințelor intervenției și nu afecțiunii inițiale. Principalele consecințe ale intervenției chirurgicale pentru combaterea cărora se poate folosi Kinetoterapia, sunt:

✓ **Durerea**, care se întinde în jurul cicatricii și afectează întreg hemitoracele, iradiind - în general - de la umăr până la creasta iliacă. Intensitatea sa descrește după aproximativ primele 8 zile, dar simptomatologia ca reacție la contact sau la expansiunea cuștii toracice se poate menține mai multe luni; la examinare se poate constata că, în acest stadiu, ea prezintă epicentre localizate în regiunea scapulară, submamelonară și în jurul unghiului inferior al omoplatului.

✓ **Paresteziile parietale**, care dau naștere așa numitului "torace de carton" și care pot să dureze, în lipsa aplicării masajului, 3-4 luni.

✓ **Deficitul mecanic al mobilității parietale**, care se datorează unei inhibări reflexe și care se poate permanentiza datorită unei eventuale aderențe a cicatricii la planurile profunde.

✓ **Prejudiciul estetic**, care este la fel de important, dat fiind faptul că unii pacienți consideră cicatricea ca un stigmat.

✓ **Disfuncții respiratorii**, mai mult sau mai puțin importante, datorită tendinței de a diminua amplitudinea de expansiune a cuștii toracice pentru a nu se produce exacerbarea durerii.

Astfel, pornind de la aceste premise teoretice, pentru cercetarea pe care ne-am propus-o a fost formulată următoarea **ipoteză**:

Prin aplicarea unor programe de kinetoterapie, conținând mijloace atent selectate și adaptate în mod corespunzător, se poate garanta - preoperator - asigurarea unui anumit procentaj din șansele de reușită ale intervenției, precum și - postoperator - o recuperare completă și deplină, fără riscul apariției complicațiilor sau secheleor, concretizată prin: creșterea vitezei de cicatrizare a inciziilor și de reabsorbție a firelor, dispariția mai rapidă a zonelor dureroase și depășirea mai ușoară a momentului psihologic în momentul înlăturării bandajelor.

SUBIECTI, METODE

Studiul de față s-a realizat asupra unui eșantion de 10 cliente, care s-au prezentat la Clinica Transilvania din Tecuci, pentru a solicita intervenție chirurgicală pentru mărirea volumului sânilor, pe parcursul a 2 ani.

La momentul prezentării în clinică, examinarea tuturor clientelor s-a efectuat de către medicul chirurg, în colaborare cu kinetoterapeutul. La momentul respectiv s-au aplicat măsurătorile inițiale, pentru a constata starea structurilor interesate în susținerea elementelor asupra cărora urma să se intervină chirurgical, a structurilor învecinate, precum și starea fizică generală a clientelor.

În urma acestor măsurători și a recomandărilor medicului chirurg, s-au stabilit obiectivele generale urmărite de intervenția kinetoterapeutică pentru fiecare subiect, care apoi s-au defalcat pe etape, astfel: preoperator și postoperator.

Pentru a asigura atingerea obiectivelor stabilite, s-au selectat metodele și mijloacele considerate a fi cele mai eficiente și s-au elaborat planurile generale de tratament kinetoterapeutic, din conținutul cărora s-au extras apoi acele metode și mijloace necesare atingerii obiectivelor din fiecare etapă.

Pentru a verifica eficiența tratamentului aplicat și pentru a cunoaște în orice moment evoluția subiecților, s-au repetat măsurătorile în momentul internării pentru intervenția chirurgicală și la sfârșitul perioadei de recuperare.

Preoperator, s-a lucrat cu fiecare clientă de 3 (trei) ori pe săptămână, programele fiind completate și cu recomandări privind activitatea individuală a fiecăreia.

Postoperator, primele intervenții s-au efectuat în clinică, zilnic - pe perioada spitalizării, în continuare lucrându-se în prima etapă postoperatorie (după externare) tot de 3 (trei) ori pe săptămână, în a doua etapă de 2 (două) ori pe săptămână și în etapa a treia - o dată pe săptămână.

Obiective Kinetoterapiei în chirurgia cosmeticologică (pre- și postoperator), cu referire la cazurile luate în discuție, au fost:

- Întreținerea și îmbunătățirea stării generale a regiunilor supuse intervenției și a regiunilor învecinate, în perioadele pre- și postoperatorii.
- Stimularea funcțiilor organice, pentru ca perioada de inactivitate postoperatorie să nu le afecteze.
- Susținerea și accelerarea procesului de cicatrizare.
- Înlăturarea cât mai rapidă și completă a sechelelor postintervenție chirurgicală.
- Prevenirea apariției unor incidente și/sau accidente postoperatorii.
- Completarea intenției estetice.
- Educarea/reeducarea respirației corecte, creșterea amplitudinii mișcărilor cuștii toracice și creșterea capacității vitale.

În vederea atingerii acestor obiective s-au folosit următoarele metode și mijloace:

1. Masajul clasic relaxator al capului, cefei, umerilor și peretelui abdominal, a fost folosit în funcție de necesitățile de a relaxa clientele imediat după intervenția chirurgicală, până în momentul în care s-a primit acordul medicului de a acționa la nivelul regiunii interesate.

2. *Masajul clasic al cutiei toracice*

S-au aplicat **neteziri** ușoare și ritmice, **fricțiuni**, **frământatul** mușchilor pectorali, **tocatul și percutatul** având o utilitate mai redusă; în încheiere s-a aplicat o **netezire** ușoară și liniștitoare a întregii regiuni.

După terminarea masajului s-au efectuat întotdeauna câteva respirații ample, executate activ sau pasiv, cu presiuni pe baza toracelui în timpul expirației.

În continuare, clientele au efectuat un exercițiu recomandat de metoda combinată **Shiatsu și stretching**, pentru îmbunătățirea formei sânilor, astfel: aplicând câte o mână, în cupă, pe fiecare sân, s-au executat presiuni ușoare (menținute câte 3") cu fiecare deget, după care s-a realizat o ușoară tracțiune a sânilor în diverse sensuri (menținându-se poziția câte 5"). Presiunile s-au repetat de 3 ori, iar sânii s-au tracționat, de fiecare dată, în altă direcție, astfel: sus, stânga, dreapta.

3. *Masajul cicatriceal*

A fost folosit pentru facilitarea procesului de cicatrizare la nivelul sânilor și a respectat următoarea succesiune, în funcție de evoluția fiecărei cliente:

- mobilizarea planului cutanat, cu pulpele tuturor degetelor lipite, mâinile de o parte și de alta a cicatricii acționând în sens opus, dându-i acesteia o formă sinusoidală;
- treptat, procedeul a devenit mai profund, acționându-se cu suprafață din ce în ce mai mică de contact (până la aplicarea procedeului cu câte un deget de la fiecare mână);
- ciupituri ușoare ale bridelor cicatricii, cu policele și indexul pe aceeași parte a cicatricii;
- alunecări longitudinale ale cicatricii, cu pulpele degetelor unei mâini alunecând în sens opus celor ale celeilalte mâini;
- decolări ale cicatricii de pe planul profund;
- întinderi longitudinale excentrice ale cicatricii, prin alunecarea degetelor pornind din partea centrală spre extremități (cu prudență);
- întinderi transversale (cu prudență).

4. *Gimnastica medicală*

Din cadrul gimnasticii medicale s-au folosit gimnastica respiratorie (la care s-a asociat stretching-ul pentru elasticizarea musculaturii toracelui anterior), exerciții de tonifiere a mușchilor mare pectoral și mare dințat și exerciții de corectare a posturii la nivelul trunchiului.

Gimnastica respiratorie

Exercițiile de gimnastică respiratorie au fost folosite în scopul măririi amplitudinii respiratorii și a ameliorării aspectului general al bustului.

Au fost folosite următoarele tipuri de exerciții:

- *Exerciții pentru însușirea și controlul respirației abdominale (diafragmatice)*, folosindu-se inspirația nazală, neforțată, fără zgomot; expirația s-a efectuat, de preferință, pe gură, atât prin suflare (gura în forma literei "u"), cât și prin eliminarea aerului sub forma unui șuierat sacadat sau sâsâit prelungit ("siflare").

- *Exerciții pentru însușirea și controlul respirației toracice*, cu accent pe respirația toracală latero-dorsală (intercostală sau medie), în scopul îmbunătățirii amplitudinii toracice și a creșterii debitului respirator.
- *Exerciții pentru însușirea și controlul respirației complete*, folosindu-se diverse tehnici, în scopul însușirii mobilizării respiratorii integrale.
- *Exerciții pentru elasticizarea musculaturii respiratorii*
 - *stretching-ul musculaturii intercostale*
 - *stretching-ul marelui pectoral și al mușchilor intercostali*
- *Exerciții de tonifiere a mușchilor pectorali*
- *Exerciții de corectare a posturii la nivelul trunchiului*

S-au folosit *posturi corective și hipercorective, exerciții active și active cu rezistență, autocontrolul poziției* în timpul programelor de recuperare și transferarea acestui autocontrol în activitatea zilnică.

5. Electroterapia

Terapia prin câmpuri magnetice de joasă frecvență

Tratamentul cu Magnetodiaflux a început chiar a doua zi după intervenția chirurgicală efectuată în scopul măririi volumului sânilor. Tratamentul s-a aplicat în scopul combaterii eventualelor hematoame și a accelerării procesului de cicatrizare a suturii. S-a utilizat bobina cervicală și bobine localizatoare la nivelul intervenției chirurgicale; s-au aplicat 50 și 100 Hz. în regim continuu și 50-100 Hz. întrerupt ritmic. Durata ședinței a fost de 24-40'. S-au efectuat ședințe zilnice, pe perioada spitalizare și de trei ori pe săptămână postspitalizare, totalizându-se în general între 10-14 ședințe, în funcție de evoluția fiecărei cliente.

6. Hidroterapia

Compresele au fost folosite la nivelul toracelui și sânilor, în scopul îmbunătățirii locale a circulației sanguine, nutriției și implicite a proprietăților pielii și mușchilor. S-au folosit comprese calde alternate cu comprese reci, aplicate timp de 10', înainte de ședința de masaj.

Dușurile s-au aplicat la opțiunea pacientelor, în funcție de starea generală de sănătate și de dispoziție. S-a recomandat efectuarea dușurilor în alternanță cald-rece, dimineața și seara, urmate de automasajul cutiei toracice și a sânilor.

7. Aromoterapia

Dintre formele de aplicare ale aromoterapiei s-a folosit *asocierea esențelor eterice uleioase cu masajul*.

S-a folosit ca excipient uleiul de măsline, în care s-au introdus următoarele combinații de esențe eterice uleioase:

- Pentru masajul cicatriceal: eucalipt, cimbru, mușețel, mușcată și rozmarin, câte 4 picături din fiecare.
- Pentru îmbunătățirea proprietăților pielii: lămâie, lavandă, iasomie și gălbenea, câte 5 picături din fiecare.

- Pentru combaterea durerii: eucalipt, salvie, cimbru, ienupăr, rozmarin, câte 4 picături din fiecare.
- Pentru îmbunătățirea tonusului muscular: piper negru, lavandă, rozmarin, câte 7 picături din fiecare.

Combinațiile au fost folosite în diverse momente ale recuperării, în funcție de evoluția clientelor și de necesități.

REZULTATE

Eficiența metodologiei folosite în scopul pregătirii preoperatorii și tratamentului recuperator postoperator se poate desprinde din analizarea și interpretarea rezultatelor obținute în urma desfășurării întregii activități experimentale.

Examinarea inițială a clientelor s-a efectuat, așa după cum am mai artătat, de către medicul chirurg și de către kinetoterapeut, fiecare încercând să obțină date cât mai complete în legătură cu starea lor generală și cu calitatea structurilor asupra cărora va trebui să se intervină.

După programarea intervenției chirurgicale, la recomandarea medicului, s-au efectuat câte 3 ședințe de kinetoterapie săptămânal, în scopul pregătirii preoperatorii cât mai eficiente.

Mijloacele folosite în această primă etapă s-a selectat în funcție de obiectivele prioritare stabilite pe baza diagnosticului funcțional și ținând cont de necesitatea pregătirii corespunzătoare a funcțiilor organismului și a proprietăților structurilor asupra cărora urma să se intervină.

Diagnosticul funcțional a stabilit, în general, că pacientele prezentau, la testarea inițială, poziții vicioase ale capului, gâtului, umerilor, datorate insuficienței musculare și lipsei de autocontrol, capacitate vitală și elasticitate toracică diminuată, datorită sechelelor de rahitism și sternului înfundat - în principal -, dar și poziției vicioase a celorlalte segmente, lipsei de conștientizare și control al actului respirator și lipsei de elasticitate a musculaturii respiratorii.

Mijloacele folosite în prima etapă (Masajul clasic al toracelui, Stretching-ul musculaturii toracelui anterior, Gimnastică respiratorie, Exerciții active la nivelul trunchiului și membrelor, aplicații de comprese și efectuarea de dușuri - în alternanță cald-rece) au fost selectate în funcție de obiectivele stabilite și anume: tonifierea musculaturii gâtului și trunchiului, umerilor și a musculaturii pectorale, elasticizarea musculaturii respiratorii și educarea respirației corecte, prin conștientizare și autocontrol.

Ca urmare a activității desfășurate și a faptului că pacientele s-au angajat foarte bine și activ în programul de kinetoterapie, la sfârșitul etapei - înaintea intervenției chirurgicale - în general, situația se prezenta astfel:

- La nivelul toracelui pielea se prezenta mai elastică și cu un tonus mai bun.
- Poziția vicioasă a umerilor s-a corectat parțial, datorită tonifierii musculaturii extensoare, conștientizării și inițierii autocontrolului posturii.
- Ușoara îmbunătățire a elasticității toracice și a capacității vitale.

Clientele s-au internat în clinică la datele stabilite (în general, cu 3-4 zile înaintea intervenției chirurgicale). În zilele dinaintea intervenției chirurgicale, s-a continuat programul kinetoterapeutic început, de această dată zilnic, în paralel cu pregătirile medicale pentru intervenție.

Intervenția chirurgicală s-a efectuat folosind calea de abord submamară. După efectuarea inciziei, s-a creat un spațiu de clivaj între peretele toracic și glanda mamară (ale cărui limite s-au apreciat prin metode de calcul computerizat), în care s-au introdus protezele. Pentru suturare s-au folosit fire resorbalile ("Dermalon"), care se resorb în opt zile. După suturare s-a aplicat o contenție elastică, care a fost scoasă după două zile.

Medicul a recomandat repaus la pat, în primele două zile, timp în care s-a putut interveni doar la distanță de regiunea operată.

Începând din ziua următoare intervenției chirurgicale, s-a procedat la aplicarea mijloacelor permise de către medic, în scopul întreținerii generale a organismului, a combaterii durerii și a îmbunătățirii ventilației pulmonare, diminuată datorită contracției antalgice a mușchilor respiratori, folosind masaj clasic relaxator al extremităților, cefei și umerilor, gimnastică respiratorie și - din a cincea zi - exerciții active cu toate segmentele corpului (cu prudență și fără a solicita regiunea operată), Magnetodiaflux - pentru combaterea durerii - din a treia zi postoperator.

La sfârșitul acestei etape s-a putut constata diminuarea considerabilă a durerii și restrângerea ariei ei de iradiere, precum și faptul că, prin mijloacele folosite, ventilația pulmonară a fost întreținută la parametrii necesari, clientele neavând de suferit din cauza deficitului respirator.

Clientele s-au externat, în general, după o săptămână de la intervenția chirurgicală, cu recomandarea de a continua programul kinetoterapeutic.

Următoarea etapă de recuperare a durat, în general, 6 săptămâni.

Având ca obiective elasticizarea musculaturii respiratorii, combaterea sechelelor postoperatorii (durere, edem, hematoame), accelerarea procesului de cicatrizare și asigurarea formării unei cicatricei suple și estetice, în cele șase săptămâni ale acestei etape, mijloacele s-au structurat în așa fel încât să se asigure obținerea unor efecte combinate maxime. S-a folosit, în continuare, masajul clasic relaxator al cefei și umerilor, masajul clasic relaxator al peretelui abdominal, până în momentul în care medicul a aprobat aplicarea masajului la nivelul peretelui toracic. Începând din acel moment, s-a lucrat atât masajul peretelui toracic, cât și masajul cicatriceal.

Dintre mijloacele gimnasticii medicale s-au folosit, în prima jumătate a etapei, gimnastica respiratorie, posturi corective și exerciții active efectuate mai ales cu membrele, dar și cu trunchiul (fără a solicita prea mult regiunea operată), la care s-au adăugat apoi stretching-ul sânilor și a musculaturii anterioare a toracelui.

Ședințele de Magnetodiaflux au continuat până la completarea seriei de 12, după care au fost întrerupte. Începând din ziua a cincisprezecea postchirurgical, s-au recomandat aplicații de comprese în alternanță cald-rece, iar din ziua a douăzecea, și efectuarea de dușuri în alternanță cald-rece.

La sfârșitul etapei, durerile și edemul postoperator au dispărut complet, au dispărut contracturile antalgice și, ca urmare, s-a ameliorat funcția respiratorie. Cicatricea a evoluat favorabil, vindecându-se suplu și estetic.

Obiectivele acestei etape fiind realizate, s-a intrat în etapa următoare, care a durat 7 săptămâni și a avut ca obiective:

- Corectarea pozițiilor vicioase de la nivelul cap-gâtului și umerilor și formarea deprinderilor de autocontrol.
- Tonifierea musculaturii gâtului, trunchiului, umerilor și a musculaturii pectorale.
- Elasticizarea musculaturii respiratorii.
- Educarea respirației corecte, prin conștientizare și autocontrol.
- Creșterea elasticității toracice și a capacității vitale.
- Asigurarea formării unei cicatrici suple și estetice.

La mijloacele folosite în etapele anterioare s-au adăugat exercițiile de tonifiere a musculaturii pectorale și exercițiile active contra rezistență, pentru tonifierea grupelor musculare ale cap-gâtului și trunchiului mai ales.

S-au efectuat două ședințe pe săptămână și s-a structurat un program de lucru independent, pe care clientele l-au lucrat consecvent în afara programului cu kinetoterapeutul.

Mare parte din obiectivele stabilite, se aflau - la sfârșitul acestei etape - foarte aproape de realizare.

Ultima etapă s-a desfășurat pe o perioadă de 7 săptămâni și a constatat dintr-o singură ședință pe săptămână (la care s-a adăugat activitatea independentă a clientelor), a avut aproximativ aceleași obiective ca și cea anterioară (în scopul desăvârșirii lor). Obiectivele au fost realizate integral, prin folosirea aceluiași mijloace, corespunzătoare obiectivelor urmărite, dar structurate și dozate diferit, în funcție de nivelul la care se aflau în momentul respectiv clientele.

La testarea finală s-a constatat o certă ameliorare a poziției capului, gâtului și umerilor și, nu în toate cazurile, a toracelui. Totuși, la nivelul toracelui s-a înregistrat o îmbunătățire a elasticității și, ca urmare, o creștere a capacității vitale, indicii calculați (Indicele pulmonar Demeny și Indicele toracic Erissmann) reflectând evoluția parametrilor luați în considerare.

Clientele s-au reintegrat foarte bine în familie și în societate, se simt foarte bine și sunt foarte mândre de ceea ce au obținut prin intervenția chirurgicală și prin programul de kinetoterapie pe care l-au urmat.

CONCLUZII

În urma analizării și interpretării rezultatelor obținute pe întreg parcursul experimentului, se poate afirma că - la final - ipoteza de la care s-a pornit este confirmată. Această afirmație poate fi susținută de următoarele concluzii:

- În chirurgie, în general și în chirurgia cosmetică, în special, Kinetoterapia are un rol deosebit de important, din păcate nu total cunoscut și recunoscut.

- Examinarea pacientului chirurgical de către medic și kinetoterapeut, poate conduce la obținerea unor informații valoroase despre starea generală, dar și despre particularitățile regiunilor asupra cărora urmează să se intervină.
- Stabilirea și aplicarea unor programe de pregătire preoperatorie, constituie demersuri absolut necesare, rezultatele obținute putând face să scadă mult procentul eșecurilor.
- Participarea kinetoterapeutului la efectuarea intervenției chirurgicale - prin asistență și urmărirea aparaturii de monitorizare - contribuie la completarea cunoștințelor în domeniu și la creșterea gradului de siguranță în intervențiile sale postoperatorii.
- Colaborarea medic chirurg - kinetoterapeut, mai ales în primele zile după intervenția chirurgicală, este esențială pentru asigurarea unei părți importante din succesul final: asigurarea stării de bine și a siguranței de sine a pacientului și combaterea cât mai rapidă a sechelelor postoperatorii.
- Eșalonarea corectă, în timp, a programelor kinetoterapeutice de recuperare post-chirurgie estetică, contribuie la atingerea obiectivelor și, în unele cazuri în care se obține colaborarea totală a pacientului, chiar și la depășirea lor.
- Urmărirea, în paralel, de către medicul chirurg și de către kinetoterapeut a evoluției pacienților și intervenția lor promptă pentru rezolvarea oricăror situații, le asigură încrederea deplină a acestora, motivarea lor și - pe acest fond - participarea conștientă și activă la propria recuperare - și, ca o consecință, adăugarea încă a unor procente la șansele de succes.
- Conștientizarea pacienților asupra importanței respectării unui ritm optim de desfășurare a ședințelor de kinetoterapie, motivarea și asigurarea participării lor conștiente și active la propria recuperare, au o importanță deosebită, putând condiționa calitatea rezultatelor.
- Formarea deprinderii de practicare independentă a unor programe de întreținere, este o componentă obligatorie a asigurării durabilității rezultatelor obținute.

BIBLIOGRAFIE

1. ALBU, I. și GEORGIA, R., Anatomie topografică, București, Edit. ALL, 1994
2. ANDERSON, B., Le stretching, Paris, Ed. SOLAR, 1983
3. BACIU, C., Kinetoterapie pre- și postoperatorie, București, Edit. Sport-Turism, 1981
4. Catalog implanturi, Polytech Silimed, Europe Gambh
5. Corpul femeii moderne, Oradea, Edit. Aquila '93, 1998
6. DRAGOMIR, C., Chirurgie plastică și reparatorie - noțiuni fundamentale, Iași, Edit. Junimea, 1980
7. FILATOV, A.N. ș.a., Transplantarea și înlocuirea țesuturilor și organelor, București, Edit. Medicală, 1962
8. GANEA, M., Kinetoterapia și recuperarea în chirurgie (vol. I), Tecuci, Edit. Transilvania, 1998
9. MÂRZA, D., Metode speciale de masaj, Bacău, Edit. Plumb, 1998
10. NAMIKOSHI, T., Shiatsu și stretching, București, Edit. Teora, 1999
11. PRICE, S., Aromoterapie, Timișoara, Edit. Godvina, 1997
12. RĂDULESCU, A., Electroterapie, București, Edit. Medicală, 1993

EFECTELE PROPRIETĂȚILOR FIZICE ALE APEI ÎN RECUPERAREA FIZICĂ

LÁSZLÓ LEVENTE¹, ELENA ZAMORA², SANDA COVACI³

ABSTRACT. The Physical Properties of Water in Rehabilitation. Aquatic exercise therapy is the union of aquatic exercise and physical therapy. It is a comprehensive therapeutic approach that uses aquatic exercises designed to aid the rehabilitation of various conditions. The purpose of this essay is to underline the physical properties of water that offer many advantages in a rehabilitative setting.

Apa a fost folosită din cele mai vechi timpuri ca și mediu sau remediu terapeutic. Evoluția terapiei acvatice a fost evidentă în ultimii cincizeci de ani. Folosirea pasivă a apei are avantajul că poate fi folosită și acasă și este considerată un puternic relaxant. Înotul terapeutic este activitatea de graniță între kinetoterapie și terapia în apă, care are ca scop reabilitarea și recuperarea în diverse afecțiuni. Înotul terapeutic este pus la dispoziție în băi special amenajate în stațiuni și în izvoare termale, temperatura și conținutul în minerale fiind aspecte importante. În ultimii ani exercițiile de înot terapeutic au fost des folosite în piscine sub supravegherea kinetoterapeutului utilizându-se programe de reabilitare bine stabilite, care constituie o parte integrală a terapiei de recuperare a bolnavilor cu afecțiuni neurologice și ale aparatului locomotor.

Acest eseu are ca scop scoaterea în evidență a caracteristicilor și proprietăților terapeutice ale apei, care o fac superioară aerului ca și mediu de recuperare, de efectuare a exercițiilor de recuperare.

Proprietățile discutate sunt: forța flotantă, rezistența și temperatura apei.

1. *Forța flotantă* anulează parțial forța gravitațională, suspendând corpul. Astfel echilibrul e mai ușor de menținut și riscul bolnavului de a cădea este diminuat. Dacă acest lucru se întâmplă urmările sunt mai puțin grave.

Suspendarea greutății este foarte importantă în reabilitarea ortopedică compensând musculatura slăbită și oferind un plus de suport ce permite mișcarea pasivă și activă a unui membru sau segment de corp dureros.

Plutirea poate fi îmbunătățită cu ajutorul obiectelor flotante pentru corp sau membre.

¹ Asist. Univ., Universitatea "Babeș-Bolyai" Cluj-Napoca

² Conf. Univ., Universitatea "Babeș-Bolyai" Cluj-Napoca

³ Stud., Universitatea "Babeș-Bolyai" Cluj-Napoca

2. *Rezistența apei.* Apa fiind mai densă decât aerul, opune o rezistență mai mare decât aerul, fapt care conferă un feedback eficient în exercițiile izotonice de întărire a musculaturii, scăzând totodată și viteza de execuție a mișcărilor. Când forța musculară e recuperată, mișcările membrelor fiind astfel recuperate, pacientul poate fi inclus în programe de recuperare cu exerciții antigravitaționale.

3. *Temperatura apei.* Cu cât temperatura este mai mare cu atât relaxarea musculaturii este mai mare, acest fapt având și efect antialgic în timpul exersării. Feedback-ul senzorial al apei o face ideală în recuperarea și reeducarea deficitului de sensibilitate proprioceptivă a individului.

Dacă aceste calități sunt grupate în funcție de efectele asupra organismului se poate vorbi despre efecte terapeutice și fiziologice.

1. *Efectul terapeutic* - se adresează în special afecțiunilor ortopedice, reumatologice și postoperatorii.

Efectele sunt:

- de *relaxare musculară* în funcție de confortul pacientului în apă. Aceasta reduce tensiunea musculară și permite creșterea amplitudinii mișcării în articulații. Efectul crește direct proporțional cu temperatura apei.
- *scăderea sensibilității dureroase* (efectul antialgic). Îngroparea de greutate duce la scăderea forței compresive pe articulații ceea ce duce la scăderea durerii și astfel ciclul durerii este întrerupt. Efectul stimulator al apei calde reduce spasmul muscular. Temperatura apei acționează ca un stimul suplimentar care "bombardează" sistemul nervos central și distrage atenția de la durere. La aceasta se adaugă faptul că impulsul senzitiv termic este transmis prin fibre nervoase mai rapide (cu conductibilitate mai mare) decât fibrele pentru durere, astfel cele două impulsuri – termic și dureros- sunt competitive și percepția dureroasă este blocată parțial sau chiar total. Acest efect de diminuare a durerii e probabil cel mai semnificativ avantaj a înotului terapeutic.
- *reducerea spasmului muscular.* Căldura reduce tonusul muscular și spasticitatea.

2. *Efecte fiziologice.* Exercițiul în apă caldă poate fi folosit ca mijloc de tratament în afecțiuni variate. Studii anterioare consideră temperatura de 35°C ca fiind neutră, adică fără efect asupra organismului. Orice diferențe minore de temperatură a apei pot produce schimbări semnificative în sistemul circulator astfel: sângele nu mai este pompat în musculatura membrelor ci este redistribuit în organism, ceea ce duce la creșterea reîntoarcerii venoase. Creșterea reîntoarcerii venoase e considerată efectul pe care se bazează exercițiile în imersie.

Schimbările majore sunt obținute în poziția stând, nu în șezând sau în supinație (decubit dorsal), ele fiind influențate și de temperatura apei, de durata ședinței, de tipul și intensitatea efortului, cât și de situația patologică a pacientului. Creșterea temperaturii corpului este în funcție de suprafața scufundată în apă a corpului. Căldura obținută în aria scufundată este pierdută prin glandele sudoripare din zonele care se află la suprafața apei. Proprietățile fizice ale apei conjugate cu căldura sunt responsabile pentru răspunsurile fiziologice ce afectează marile sisteme ale organismului.

Așa cum s-a amintit în partea de introducere înotul terapeutic este parte integrantă a terapiei de recuperare a bolnavilor cu diferite efectiuni. În această idee au fost realizate programe de reabilitare bine stabilite. Fiecare program de exerciții este organizat în patru componente specifice. Încălzirea, stretching-ul, exerciții de forță și rezistență, și relaxarea.

În funcție de obiectivele urmărite de programul de reabilitare sau de o anumită fază a acestuia proprietățile fizice ale apei pot influența:

a) *Creșterea mobilității în articulații.* Proprietățile fizice ale apei joacă un rol important în îmbunătățirea sau menținerea amplitudinii de mișcare în articulații. Pentru a fi eficiente, exercițiile de creștere a mobilității trebuie efectuate încet până la limita maximă a mobilității, unde se menține timp de 30 de secunde sau mai mult. Pacientul este încurajat să treacă de acest punct de limitare, dacă e posibil, și apoi să se relaxeze.

b) *Creșterea forței și a rezistenței.* Apa opune o rezistență mai mare mișcării, decât aerul, permițând totuși o mișcare liberă a tuturor părților corpului, care vor întâmpina o rezistență constantă pe toate direcțiile de mișcare, cu un consum de energie mai mare.

Echipamentul special nu este întotdeauna necesar pentru recuperarea deficitului de forță. Ședințele de recuperare pot fi începute mai devreme în apă, fapt care ajută la prevenirea atrofiei musculare.

Efectul stimulator al apei ajută pacientul să devină conștient de schema corporală, și de mecanica implicată în mișcare.

Efectul forței gravitaționale este reredus în apă, astfel reeducarea mersului și exercițiile de creștere a forței musculare pot fi începute mai repede fără riscul de a produce întârzierea refacerii sau alte accidente.

c) *Creșterea circulației periferice.* Circuația crește în apă o dată cu temperatura, dacă temperatura depășește 34°C, redistribuirea sângelui în timpul imersiei produce o creștere a fluxului sanguin periferic din cauza vasodilatației cutanate. Exercițiul fizic duce la creșterea fluxului sanguin în mușchi și îmbunătățește circulația venoasă.

d) *Creșterea tonusului mușchilor respiratori.* În timpul imersiei presunea hidrostatică acționează asupra pereților toracici și abdominali. Aceasta folosește în profilaxia și recuperarea pacienților cu capacitate vitală mică și cu afecțiuni cardiace.

e) *Îmbunătățirea echilibrului și stabilității.* Forța flotantă oferă pacienților cu probleme de echilibru, oferindu-le un mediu în care aceștia pot efectua exerciții în condiții de siguranță.

Stabilizarea în timpul exercițiilor se poate realiza prin montarea de bare paralele, de bănci și scaune scufundate.

f) *Efecte psihologice* sunt legate de creșterea încrederii în sine și îmbunătățirea moralului. Pentru pacienții care nu pot efectua exerciții pe uscat și cei cu afecțiuni dureroase, apa oferă un mediu în care se pot relaxa și mișca în siguranță. Faptul că

mișcările sunt ușurate, crește încrederea pacienților, astfel reabilitarea este accelerată, cunoscându-se importanța stării psihice în procesul de recuperare. Exercițiile efectuate în grup, interacțiunea socială, ajută la reintegrarea socială și oferă suport și motivație pentru pacienții cu aceleași afecțiuni în diferite faze a recuperării.

În acest eseu a fost subliniată importanța proprietăților fizice ale apei și efectele benefice ale acesteia asupra recuperării organismului, fixându-se ca scop pe viitor elaborarea unor programe de recuperare specifice unor afecțiuni.

BIBLIOGRAFIE

1. ARNHEIM D., 1985, Modern Principles of Athletic Training, 6 th ed. St Louis.
2. BATES A., HANSON N., 1996, Aquatic Exercise Therapy, 1 st ed. Saunders Comp.
3. KESSLER R. M., HERTLING D. 1983, Management of Common Musculoskeletal Disorders: Physical Therapy Principles and Methods. Philadelphia, Harper and Row.
4. SKINNER A.T., THOMSON A. M., 1983, Exercise in Water, 3 rd ed. East Sussex, Bailliere Tindall
5. x x x DEX 1999
6. x x x English Dictionary and Thesaurus 2000

IMPORTANTA KINETOTERAPIEI ÎN FRACTURA DE MALAR ȘI DE ARCADĂ ZIGOMATICĂ

MELANIA CÂMPEANU, ADRIAN SUCIU, MARA CÂMPEANU

ABSTRACT. The Importance of Physical Therapy in the Malar And Zygomatic Ridge Fractures. The malar and zygomatic ridge fractures are very interesting for the kinetotherapy because of the complications that this fractures have. The treatment it is different in function of the fracture's gravity. The kinetical treatment aims is to reeducate the normal movement of the jaw.

Fracturile de malar și de arcadă zigomatică sunt foarte des întâlnite. Aceste leziuni reprezintă subiecte foarte interesante pentru kinetoterapeuți datorită sechelelor pe care aceste leziuni le pot produce, fie direct, fie datorită consecințelor musculare produse prin traumatism.

Osul malar este un os plat ce constituie relieful pomelilor având forma de stea. Datorită localizării sale, osul malar este supus foarte frecvent traumatismelor.

Arcada zigomatică este o lamă subțire osoasă alungită dinspre posterior spre exterior și aplatizată transversal. Este formată din două ramuri care prelungesc temporalul spre anterior. Ramura ascendentă antero-internă constituie condilul temporal. Este localizată superficial, subcutanat și este ușor palpabilă.

Muschiile cei mai importanți în recuperarea acestor fracturi sunt muschii elevatori ai mandibulei. Muschiul temporal „*aplatizat*” în forma de evantai se inseră pe fibrele din fosa temporală și pe fibrele aponevrotice ale sfenotemporalului. Aceste fibre converg spre apofiza coronoidă. Muschiul atinge grosimea maximă la nivelul malarului. El este elevatorul mandibulei prin fibrele sale posterioare, este retropulsatorul mandibulei. Inervația este asigurată de 3 nervi temporali profunzi care ocupă fosa temporală.

Maseterul este un mușchi scurt, gros, având o formă patrulateră. Se inseră pe arcada zigomatică (fața internă și bordul inferior) și se termină pe fața externă și pe unghiul mandibulei.

Fasciculul jugal ia naștere pe fața profundă a aponevrozei temporalului, fiind elevator al mandibulei. Inervat de nervul temporo-maseterin ocupă loja maseterică.

Articulația temporo-mandibulară este o diartroză bicondiliană, parțial simetrică cu disc interpus. Arcadele dentare contribuie la formarea unui complex articular temporo-mandibulo-dentar.

Miscările mandibulei pot fi:

A. Verticale: deschiderea gurii se obține datorită asocierii mișcărilor de rotație și translație. Se știe că rotația, pentru o deschidere bucală, poate fi **inferioară** sau egală cu 20mm, **medie** amplitudinea deschiderii este de 20-23mm în care intervine rotația și translația și o deschidere bucală **normală** maximală de 42-50mm.

B. Posterio-anterioare sau propulsia: care constă din proiectia mentonului înainte. Propulsia normală este 6-8 mm cu contact incisiv pe incisiv.

C. Laterale: care constau în mișcarea mentonului spre dreapta și spre stânga, iar amplitudinea maximă fiind la nivelul distanței interincisive de la maxilar la mandibular egală cu 9-11mm.

ETIOLOGIA SI PATOLOGIA CHIRURGICALA

Mecanisme:

Impactele directe sunt cele mai frecvent întâlnite alături de cele tangențiale sau centripete. Impactele indirecte sunt mai rare, dar sunt produse de un soc violent aplicat de partea opusă. Se pot produce deplasări (în jos, în rotație, în jos și înapoi, înapoi) și leziuni (leziuni ale mucoasei, complicații orbitare frecvente, hemoragii ale sinusului maxilar).

DIAGNOSTICUL

Clinic:

Inspectia: se pot observa: edeme ale pometilor și pleoapei inferioare, aplatizarea reliefului malar, deplasarea în jos a urechii datorită fracturii de malar cu hemoragie conjunctivă.

Palparea: se palpează punctele dureroase din focarul de fractură, înfundarea pometilor, înfundarea arcadei zigomatice lezate.

Funcțional, se verifică limitarea deschiderii bucale și se face control oftalmologic.

Radiologic: incidența leziunilor malare și a arcadei zigomatice se observă foarte bine pe Rx. Radiografia surprinde pacientul stând pe spate, raza x trecând orizontal, iar placa se află vertical, plasată deasupra capului subiectului.

COMPLICAȚII

Imediate:- diplopie, înfundarea globului ocular,

- hemoragie sinusala maxilară,
- neurologice (se constată lezarea nervului ce trece prin gaura supraorbitală),
- limitarea deschiderii bucale,
- semne frecvente unei fracturi ale arcadei,
- prin blocarea tendonului temporal și bascularea în jos și înapoi a malarului.

Tardive:

- o oftalmologice (diplopie, coborârea globului ocular),
- o neurologice: hipoestezie, parestezii în teritoriul nervului lezat,
- o estetice: cicatrici în relief, pe pomeți
- o masticatorii: constrictia masticatorilor, tratamentul este chirurgical. Refacerea unei funcții masticatorii normale depinde de calitatea reeducării operatorii.

TRATAMENTUL

Este determinat de gradul de fractura. Există 6 grade de fractura:

- o gradul 1 fractura este vizibilă pe radiografie, fără deplasare osoasă care nu necesită intervenție.
- o gradul 2 fractura este vizibilă pe radiografie cu deplasarea osoasă a unei singure arcade ce necesită reducerea simplă.
- o gradele 4,5,6 fracturile sunt vizibile pe radiografie cu deplasare osoasă care necesită osteosinteza

TRATAMENTUL KINETOTERAPEUTIC

Tratamentul kinetoterapeutic își găsește justificarea pe deplin datorită sechelelor fonetice, estetice și masticatorii apărute în urma acestor traumatisme.

A. Scopul

Tratamentul kinetoterapeutic constă în revenirea și reeducarea liberului joc articular care este foarte important în funcția de masticatie și fonatie, precum și în realizarea igienei bucale satisfăcătoare.

În acest sens scopurile terapeutice dominante sunt:

- o decontracturarea musculaturii contractate,
- o recuperarea deschiderii bucale în limite normale,
- o verificarea deschiderii simetrice în mișcările de masticatie și fonatie

B. Mijloace

1. Masajul: este realizat pentru a decontractura musculatura. Masajul este bilateral urmărind reeducarea propriu-zisă.

a) Effleurajul: este o manevră aleasă în scop decontracturant, sedativ și relaxant. Se poate realiza în regiunea fronto-temporală. Direcția masajului începe din mijlocul frunții la tâmplă, de la vârful mentonului la unghiul mandibulei și de la baza nasului la ureche. Mișcările mâinii sunt simetrice și simultane, lente și puțin apăsate. Contactul se face cu pulpele a 4 degete.

b) Presiunile alunecate și frământatul digital: sunt metode indicate în special pentru regiunile temporale și jugale. Se realizează în scopul stimulării circulației și antiedemice efectuate cu pulpa degetelor 2 și 3 ce constau în frământări circulare în această regiune.

c) Framântatul obrazilor: se realizeaza în special pentru muschii buccinatori a caror priza este posibila în cleftele între police si index. Se introduce policele în gura pacientului, iar indexul apuca obrazul presându-l. Aceasta presiune este urmata de un framântat cu ajutorul celeilalte mâini, localizata deasupra prizei în cleftele. Miscarile sunt decontracturante. Masajul se face cu calm si rabdare în functie de pacient.

2. Reeducarea - consta întotdeauna în recuperarea unei deschideri bucale maxime normale. Reeducarea se face prin mai multe procedee:

A. Posturarea este foarte rar indicata din cauza bogatei aferente senzitive musculare si articulare produse de nervul mandibular are o mare putere reflexogena.

B. Miscarile pasive: Se tine cont de limita durerii. Trebuie ghidate miscarile de deschidere si inchidere a gurii pacientului. Ghidarea trebuie sa se faca în functie de miscarile pe care dorim sa le facem. Miscarile nu trebuie sa fie traumatizante datorita riscului de aparitie a contracturii reflexe. Tehnica cea mai simpla si mai des folosita consta într-o priza în care policele face o presiune pe canin sau pe primul premolar superior, indicele exercita o presiune pe incisivi centrali inferiori, iar mediusul, inelarul si degetul mic fixeaza barbia.

C. Miscarile active; Vizeaza recuperarea, integritatii jocului liber articular. Scopul principal este de a reface functia masticatorie aducând-o în limitele normale. Trebuie sa existe o colaborare deplina cu pacientul. Pacientului trebuie sa i se explice miscarile care trebuie sa le exerseze, el trebuie sa fie motivat cat mai bine. Miscarile trebuie facute tot timpul sub control vizual. De aceea pacientul trebuie plasat în fata oglinzii, sa i se ceara sa deschida gura pâna la limita maxima a durerii. Trebuie sa menaina apoi aceasta deschidere 30 de secunde, dupa care sa mentina gura deschisa doar pe jumătate (mentinere 30s). Deschiderea si închiderea gurii trebuie sa fie facuta în acelasi plan sagital.

D. Miscari active cu rezistenta.

Rezistenta se aplica pe mentonul pacientului. Se cere pacientului sa deschida gura si sa mentina deschiderea bucala 6 s. Manevrela miotensive se realizeaza în 3 serii de 10 miscari.

Deschiderea bucala cu o rezistenta prin incitare; consta în asocierea unei rezistente (10 deschideri) cuplata cu o incitare a miscarii de latero-deviere. Subiectul va cauta sa efectueze o dubla corectare, sa stie sa faca o deschidere maxima si o deschidere strict în plan sagital.

Deschiderea bucala ajutata instrumental.

Deschiderea bucala este ajutata de aparatul Ginestet.

CONCLUZII

Scopul kinetoterapeutic este de a ajuta pacientul sa deschida cavitatea bucala satisfactor, atât pentru alimentatie, cat si pentru realizarea unei igiene bucale.

Deschiderea bucala de 25 mm este o deschidere bucala inferioara care este un handicap major.

Deschiderea bucala de 35 mm este indispensabila în ceea ce priveste igienizarea bucala. Reeducarea trebuie sa se realizeze prin diferite prize intrabucale, iar terapeutul trebuie sa insiste asupra unei igiene bucale satisfacatoare.

Rezultatele la termen depind de rezultatele tratamentului kinetoterapeutic si de calitatea realizarii unei ocluzii dentare fiziologice.

BIBLIOGRAFIE

1. DING HUAN WU, ANGLES M., DARAKCHAN S. Tehnica Masajului în Orient - editura Publirom, Iași, 2000
2. NAMIKOSHI T. AMIKOSHI Shiatsu si Stretching - editura Teora, București, 1998
3. CHIRUTA I. POSTOLICA V. Incursiune în reflexoterapie - editura Polirom, Iași 2001
4. ANN KINESITHER A.- Revistă medicală 1989 nr.3

CONȘTIENTIZAREA FLUXULUI ȘI CONTINUITĂȚII CU ACCENT PE SELECȚIE ȘI RAFINAMENTUL MIȘCĂRILOR ÎN SECVENȚE

EMILIA FLORINA GROSU

ABSTRACT. Flux and Continuity Awareness with Accent on Selection and Refining Movements in Sequences. This subject is concentrate under the improving of movement' answering – the modality of confection of the mouvement and the movement by own. This subject has three tasks: to increase the flux and ability of flux mouvement, to obtain a good continuity in the mouvement, and to underline the importance of selection of mouvement and style. All of these like element of developing and specialisation in studying and versatility in gymnastics mouvement.

Toate aceste trei scopuri sunt atât de importante încât ar trebui studiate subtil de-a lungul întregii învățări a gimnastici educaționale. Începând cu prima lecție profesorul și copiii lucrând împreună se vor concentra permanent asupra fluxului, selecției, rafinamentului și continuității. Cu toate acestea în majoritatea timpului obiectivul introducerii fluxului a fost subordonat unui obiectiv mai important, atenția concentrându-se asupra altui conținut de mișcare.

În această temă fluxul, selecția, continuitatea și rafinamentul joacă principalele roluri de conținut. Adăugarea oricărui alt conținut la lecțiile clădite pe tema șase este conținutul esențial clar de importanță secundară.

Când copilul începe să lucreze asupra unei idei de mișcare, el este adesea încurajat să descopere multe modalități de a lucra cu idea. Acest fel de a lucra dezvoltă încrederea în sine, creează varietatea și sporește gama mișcării, cu toate acestea a căuta permanent diferite modalități nu este un scop în sine în studierea mișcării sau în studierea gimnasticii, nici nu este singurul proces care să aibă drept rezultat înalta măiestrie sau versatilitatea în mișcare. Într-un anumit moment atenția trebuie să se deplaseze de la varietate spre selecție și rafinamentul mișcării. Fiecare mișcare este exersată de mai multe ori pentru a i se îmbunătăți execuția. Mișcările trebuie să fie examinate și selectate pe bază nevoii sau efectului dorit.

De asemenea în legătură cu selecția, când o mișcare se unește cu alta, modul în care se îmbină – continuitatea – trebuie să fie studiată astfel ca fluxul din seria de mișcări să poată fi controlat într-un mod precis pentru a produce efectul dorit.

Munca introdusă mai mult incidental asupra fluxului și continuității devine acum miezul conținutului iar selecția și rafinamentul mișcării în secvența obiectivului secundar.

Dezvoltarea temei – conținutul fundamental

Fluxul

- limitat, liber, stopabil, curgător
- neîntrerupt, sacadat

Profesorul poate iniția folosirea fluxului în studierea mișcării, combinând mai întâi mișcările cu opririle momentane unde efortul rămâne alert și mișcările se reiau în scurt timp.

Cu cât sunt mai simple ideile de mișcare cu atât sunt mai elementare experimentele. De exemplu, începătorii pot controla fluxul prin alergare sau deplasare în picioare în timp ce cei mai avansați elevi pot examina fluxul prin combinarea rostogolirilor cu statul în cap sau mișcări mai dificile sau mai creative, la alegerea lor. În orice caz o idee cheie este de a uni repausurile alerte cu mișcările. Cu cât mai chibzuite sunt repausurile planificate și controlate și cât mai selectate și rafinate sunt modalitățile de mișcare, cu atât mai mare este facilitatea de a crea și menține continuitatea în mișcare. Munca suplimentară a fluxului este direcționată spre o simțire a mișcării continue care să se adauge mișcării mai limitate inițiate în primele experimente. Foarte des, munca în gimnastică sau acrobație se concentrează cu precădere asupra învățării, practicării și perfecționării unei singure mișcări acrobatică în izolare.

Chiar de la început în gimnastica educațională accentul se pune pe unirea unei acțiuni sau mișcări cu alta. Abilitatea este tot de importanță ca și combinarea mișcărilor cu repausuri alerte. Ambele sunt esențiale în rafinarea deprinderilor izolate precum și în dezvoltarea măiestriei în secvențele de mișcare. Facilitatea de a controla fluxul prin a face să apară ca un flux neîntrerupt sau punctat de pauze scurte creează imaginea stăpânirii mișcării și oferă învățarea de a fi capabil să obțineți acest flux.

Experimentele care necesită gândire și practică pentru a găsi diferite modalități de a uni două sau mai multe mișcări sporesc capacitatea de a crea și menține mișcarea controlată sau continuă. Munca adițională care îi atrage atenția asupra mișcării înspre anumite poziții într-o varietate de moduri sau baze de susținere duce la o mai mare suplețe și agilitate precum și o mai mare varietate a mișcării în sine – ori care dintre conținuturile introduse mai devreme ar putea fi utilizate în relație cu fluxul. Factorii de timp, spațiu și greutatea al felului în care se mișcă corpul, toate activitățile diferite, acțiunile și părțile corpului, dimensiunile spațiului precum și cele relaționale pot fi recapitulate singure sau în combinație atunci când se studiază fluxul. Cu cât este mai temeinic stăpânit managementul fluxului cu atât mai mult o serie de mișcări devin un tot unitar continuu. Cu cât mai mare este conștiința pentru acțiunile și părțile corpului care sunt implicate în diferitele faze ale secvenței de mișcare, cu atât mai mare este capacitatea de a controla continuitatea. Această mișcare de tranziție sau de unire a secvențelor de mișcare este o parte esențială a studierii fluxului. Modelele de experimente au fost proiectate pentru studiu celor trei aspecte: - deplasarea cu pauze alerte, combinarea mișcărilor fără pauză și unirea mișcărilor.

Mostre de experiențe de învățare

1. Deplasați-vă pe picioare arătând o mișcare continuă.
2. Deplasați-vă pe mâini și pe picioare încercând să mențineți viteza constantă de fiecare dată.
3. Deplasați-vă în ori ce mod controlabil și vedeți dacă puteți face pauze alerte. De fiecare dată când auziți semnalul opriți-vă pentru un moment scurt și apoi continuați mișcarea.
4. Combinați deplasarea cu o formă oarecare, cu o formă nonlocomotoare, mențineți-vă mișcare continuă.
5. Deplasați-vă pe mâini și pe picioare și găsiți diferite moduri de a produce o pauză alertă, apoi continuați mișcarea.
6. Observați cum vă puteți rostogoli iar apoi imediat să transferați greutatea mai întâi pe mâini apoi pe picioare.
7. Gândiți-vă la un balans, selectați un punct de pornire și găsiți diferite moduri de deplasare în acel balans.
8. Luați o poziție de echilibru și încercați metode variate de a ieși din ea (modificați direcțiile, vitezele, activitățile, părțile corpului care conduc la acțiune făcând corpul să se extindă sau ținându-l îndoit).
9. Urcați pe aparate (lăzi sau bănci) pe diferite părți ale corpului, oprindu-vă într-un echilibru momentan înainte de a vă da jos de pe aparate.
10. Dezvoltați o secvență de mișcare în care să existe pauze scurte. Încercați să includeți aceste pauze în activitatea de la sol și de la aparate.

Discuție

O mare parte din mișcarea pe care o execută copiii mici este făcută cu prea multă gândire. Prima responsabilitate asociată cu tema a șasea este de a-i determina pe copii să stabilească în mod voluntar un plan pentru mișcarea lor. Activitatea începe pur și simplu prin a-i ajuta să se concentreze asupra continuității mișcării. Pe măsură ce ei demonstrează abilitate în acest sens, complexitatea sarcinii de lucru se extinde prin ale pretinde copiilor să execute forme de mișcare mai dificile, de asemenea combinații de mișcări mai complicate. Această deprindere de a planifica înainte mișcarea ce urmează a fi executată este intensificată apoi prin modificarea fluxului datorită pauzelor momentane.

Următorul obiectiv devine conectarea cu măiestrie a unei mișcări cu alta. Atenția se concentrează asupra unirii unei mișcări cu alta, momentele de tranziție fiind încercate și modificate într-o diversitate de moduri.

În cadrul studiului gimnasticii, profesorul și copilul pot fi implicați în alegerea conținutului folosit în experiență. Atât profesorul cât și copilul trebuie să joace un rol în selectarea modului în care urmează să fie făcută înlanțuirea mișcărilor. Profesorul selectează modurile de modificare a combinației de mișcări pentru a asigura practica precum și experimentele în variațiunile specifice unei

teme, iar copilul selectează variațiunea care să-i satisfacă preferința și să permită nașterea și dezvoltarea abilităților sale.

Pe măsură ce abilitatea de a uni mișcările se dezvoltă, atenția se mută de la una, două mișcări la înlănțuirea mai multor mișcări pentru a forma secvența. Cineva a adâncit aprecierea mea în legătură cu secvențele de mișcare prin compararea lor cu propoziții și cuvinte. Următoarea idee vă poate ajuta pe dumneavoastră: o serie de cuvinte se îmbină pentru a forma o propoziție în timp ce secvențele sunt constituite dintr-o serie de mișcări. O propoziție are un început definit (cu literă mare) și se sfârșește cu un semn de punctuație. O serie de mișcări devin o secvență când o poziție clară marchează începutul și o poziție este menținută pentru a puncta sfârșitul secvenței și mișcările dintre ele pot fi repetate în ordine. Din propria mea experiență știu faptul că elevii au mai mare dificultate cu literele mari decât cu mișcările din cadrul secvenței. Ei pot să înceapă bine fără a se gândi cum arată corpurile lor, iar la sfârșit abandonează mișcarea planificată de a se opri și menține o poziție clară pentru a se grăbi să înceapă din nou. De asemenea există unele tendințe la elevi de a repeta propozițiile de final neconvingătoare, nesolicitante și nefolositoare, concentrându-și atenția asupra dezvoltării secvenței, profesorii și elevii trebuie să-și direcționeze eforturile spre:

- îmbunătățirea selecției și executării mișcării
- dezvoltarea continuității în cadrul secvenței
- selectarea unor mișcări mai pretențioase pentru a le uni împreună într-o serie de mișcări.

Cea mai mare parte a muncii făcută în secvențe dezvoltă memoria motoare ajutând copiii să-și pregătească și să-și repete seria de mișcări planificate. Pe măsură ce munca progresează și copiii deprind abilitatea de a uni mișcările cu pricepere, ei pot excela în crearea mișcărilor improvizate. Atenția dată selectării și perfecționării răspunsurilor este importantă atât pentru secvențele preplanificate cât și pentru cele create în timpul mișcării copilului. Copiii au nevoie să fie încurajați în:

1. Practicarea secvențelor de mișcare care sunt dificile pentru ei.
2. Practicarea momentelor de tranziție care unesc împreună părțile secvenței.
3. Eliminarea momentelor improvizate, acelea care nu sunt planificate sau care se abat de la secvență.
4. Căutarea permanentă a modalităților de a-și varia eforturile.
5. Sporirea provocării prin lupta pentru o mai mare calitate, varietate și dificultate în sarcinile de lucru pentru secvența lor.

Atenția acordată selecției și cizelării răspunsurilor este importantă pentru mișcarea inclusă atât în secvențele planificate anterior cât și în cele create spontan în timp ce copiii se mișcă. De la început copiii sunt încurajați să nu aștepte la coadă pentru a la veni "rândul la învățat" și să folosească fiecare moment. De exemplu, momentele neocupate petrecute de unii copii în așteptarea rândului la aparat pot fi folosite pentru cizelarea unei mișcări care este utilizată în secvențele lor sau una pe

care doresc să o includă dar n-au inclus-o întrucât le lipsește talentul sau încrederea în executarea ei sau combinarea ei cu alte mișcări. O clasă de elevi sau un individ angajat personal în procesul de cizelare va achiziționa cât mai probabil un potențial maxim. Munca într-un mediu în care perfecționarea este o continuă provocare poate fi o plăcere atât pentru copii cât și pentru profesor.

Aparate

Aparatele pot fi folosite de-a lungul acestei teme dar munca la sol nu trebuie neglijată. De asemenea eforturile de cizelare a mișcărilor se face de obicei la sol, unde este posibil și apoi transferate pe aparate datorită în primul rând factorului de securitate.

Mai mult, logistica implicată în împărțirea aparatelor mari cu ceilalți membrii ai clasei fac ca exersarea la sol să fie mai practică.

Ghid de planificare model

Obiectiv major: cizelarea secvențelor gimnastice cu accent pe modalitățile de a înlănțui mișcările.

Conținut: - corp; spațiu: elevi și / sau profesorul pot selecta din temele precedente pentru a personifica experimentele.

- efort – flux: continuu, cu întreruperi
- spațiu – direct, indirect

Adecvat pentru: copiii care execută activitate avansată pe tema secvențelor de mișcare.

Aparatură – alegere liberă a aparatelor la clasele pregătite pentru această activitate.

Suprafață: aceeași ca pentru altă activitate avansată în gimnastică.

Obiectivele capitolului.

Copiii trebuie să fie doritori să încerce:

1. Să selecteze și să cizeleze mișcările singure și secvențele de mișcare și secvențelor de mișcare
2. Să prețuiască practica și aranjamentul personal ca elemente esențiale pentru îmbunătățirea performanței.
3. Să modifice modalitatea prin care pot fi unite mișcările pentru a obține versatilitate mai mare.
4. Să-și dezvolte abilitatea de a se automotiva și împlini pentru a fi capabili să împărtășească propriile stări cu scopul îmbunătățirii relațiilor celorlalți.

Profesorul trebuie să fie capabil:

1. să ajute copiii în abilitatea lor de a observa aspectele specifice ale mișcării

2. să permită libertatea în funcție de abilitatea copilului de a fi responsabil față de ea
3. să dezvolte priceperea de a analiza și sensibilitatea de a observa toate fazele unei mișcări cu scopul de a-i ajuta pe copii să obțină o eficiență mai mare în fiecare fază a mișcării.

Idei pentru proiectarea experiențelor de învățare

1. Selectați activitățile și perfecționați-le la sol
 - selecție liberă
 - echilibrări
 - acțiuni tip step, rostogoliri sau zbor
 - combinații din cele prezentate mai sus
2. Controlați fluxul și viteza pentru a produce un efect continuu prin unirea mișcărilor și eliminarea cauzelor
 - rostogolire și zbor
 - rostogolire și greutate în mâini (lent spre rapid; rapid spre lent)
 - echilibru și rostogolire (lent, rapid)
 - zbor și greutate în mâini
 - acțiuni tip step și rostogolire
 - serie lungită prin extinderea numărului de mișcări
3. Aceleași idei ca la numărul doi cu excepția faptului că acum mișcărilor au acum pauze alerte planificate în cadru și între mișcări pentru a produce un efect de limitare sau întrerupere.
4. Uniți mișcărilor pentru a produce secvențe (toate secvențele se concentrează spre a fi libere și curgătoare sau limitate și cu întreruperi)
 - elevii selectează mișcărilor
 - profesorul selectează mișcărilor
 - profesorul desemnează primele părți ale secvenței, copiii adaugă sfârșitul
 - profesorul proiectează sfârșitul, copiii creează începutul

Concluzii

În timpul activității asupra fluxului și continuității mișcării, trebuie să ajutați copiii să observe mișcărilor ce se abat de la seria planificată: aranjarea părului, schimbarea de la o acțiune la alta, trenul de haine. Aceste acțiuni întrerup fluxul planificat și întrerupe imaginea vizuală sau sentimentul personal de continuitate. Fiecare vede mai repede greșelile celorlalți decât propriile mișcări. Adesea copiii pot să se ajute unii pe alții printr-o atitudine critică în reducerea numărului acestor momente de distragere.

O parte importantă a obiectivului acestei teme este de a extinde durata de timp în care copiii se pot mișca demonstrând un control voluntar al selecției și executării mișcărilor. Nu vă pute-I aștepta ca ei să fie capabili să unească împreună șase mișcări dacă au dificultate cu două.

Un alt aspect important al acestei teme este de a-i face pe copii să aleagă critic mișcările. Dacă le punei copiilor următoarele întrebări puteți să vă dați seama de modul în care copiii pot experimenta o gândire critică în raport cu propriile mișcări.

1. Dacă vrei să treci de la o mișcare lentă la una rapidă, ce poți face ca să îți pregătești corpul pentru a produce viteză?
2. De ce ai nevoie în mișcarea care urmează rostogolirii tale? Ce fel de mișcări te ajută să obții înălțimea sau viteza de care ai nevoie?
3. Când ești în echilibru, care sunt câteva dintre modalitățile diferite de a ieși din ele? Selectează modalitățile care te ajută să treci în următoarea ta mișcare.

Când se studiază această temă dumneavoastră sau copiii puteți selecta un conținut specific pentru a-l combina cu munca asupra fluxului și continuității. Această nouă selecție oferă adâncime studiului conținutului din temele precedente. Obiectivul major rămâne fluxul și cizelarea mișcării.

Exerciții pentru dezvoltarea capacității de diferențiere a gradului de încordare musculară

Dezvoltarea capacității de a diferenția gradul de încordare musculară începe cu exerciții simple, care se pot executa cu efort muscular maxim și minim. De exemplu:

- Îndoirea și întinderea brațelor cu efort maxim și minim.
- Aplecarea trunchiului înainte cu spatele drept, cu efort, maxim și minim.
- Din atârnat: tracțiuni, fără îngreuiere și cu mingea medicinală ținută între glezne.
- Genoflexiuni, fără îngreuiere și cu haltere sau mingea medicinală în spate.
- Din sprijin culcat facial: flotări în ritm lent (pauză 6 s)
- Din atârnat: ridicarea picioarelor fără îngreuiere și cu îngreuiere (mingea medicinală ținută între glezne).
- Aruncarea mingilor cu greutate diferite (volei, medicinale).
- Ridicarea unor greutate de 1 kg și 5 kg, de 2 kg și 10 kg.
- Exerciții cu cordonul elastic (întinderea cordonului simplu și pliat în două).
- Exerciții pentru pregătirea fizică executate cu brațele, folosind mingea medicinală și ganterele de greutate diferite.
- Exerciții pentru pregătirea fizică generală cu banda de cauciuc pliată în două, în trei și în patru.
 - Din stând și din culcat ridicarea halterei de 10, 15, 20 kg. Execuția trebuie să aprecieze greutatea halterei în funcție de senzațiile musculare proprii.
 - Din atârnat: tracțiuni din sprijin, flotări cu îngreuiere de 2, 5, 8 kg. Executanții trebuie să aprecieze modificarea greutății (la îngreuiere).

- Exerciții în perechi, cu opunerea reciprocă a rezistenței, folosind jumătatea din forța totală pe care o au.
- Exerciții cu banda de cauciuc și dinamometru:
 - a. stând dorsal la scara fixă, cu un picior înainte, dinamometrul fixat la scara fixă, iar de dinamometru, banda de cauciuc: întinderea benzii de cauciuc prin ducerea brațelor înainte; aceeași din stând cu brațele lateral, sus, jos, înapoi (mărirea rezistenței benzii de cauciuc se face prin depărtarea executantului de scară).
 - b. același exercițiu, din stând facial la scara fixă. Banda de cauciuc se întinde prin îndoirea brațelor, prin depărtarea lor lateral, prin ridicare lor sus, prin ducerea lor înapoi.
 - c. același exercițiu cu îndoiri de trunchi înainte, înapoi, lateral ținând capetele benzii de cauciuc la ceafă sau la umeri și din stând cu brațele lateral sus.
 - d. același exercițiu, din culcat facial (cu capul spre scara fixă), cu tălpile sprijinite pe banda de cauciuc. Întinderea benzii se face prin întinderea picioarelor din articulația genunchilor și a corpului din articulațiile coxo – femurale.
- Aceeași mișcare din culcat dorsal cu picioarele spre scara fixă: prin îndoirea picioarelor din articulația genunchilor și a corpului din articulațiile coxo – femurale.
- Toate aceste exerciții se efectuează în perechi. Unul execută, iar celălalt comunică partenerului rezultatele, cerându-I să îndeplinească și alte sarcini, cu cerințe diferite de effort, cu greutăți de :5, 10, 15 kg. Se recomandă ca sarcinile care se dau spre executare, îngreuierea să crească sau să descască gradat.
- Exerciții cu dinamometru :
 - a. măsurarea forței spatelui cu contracțiile statice (se acroază 3 încercări), cu toată forța cu 50% din forța maximă, cu 25 % din forța maximă.
 - b. Aceeași cu dinamometru de mână, pentru măsurarea forței mâinii drepte și celei stângi.
 - c. Așezat dorsal la scara fixă (de care este agățat un dinamometru), sprijinit cu brațele îndoite la (90*) de un baston de gimnastică (de extremitățile căruia sunt prinse curelele dinamometrului): întinderea brațelor cu toată forța, cu 50% și cu 25% din forța maximă.
 - d. Același exercițiu din culcat facial spre scara fixă: îndoirea brațelor cu toată forța, cu 50 % și cu 25% din forța maximă.
 - e. Același exercițiu din așezat pe banca de gimnastic, facial spre scara fixă (cu curelele dinamometrului fixate pe regiunea superioară a trunchiului): extensia trunchiului cu toată forța, cu 50 % și cu 25% din forța maximă.
 - f. Același exercițiu din culcat dorsal spre scara fixă, cu cureaua dinamometrului fixată de partea superioară a trunchiului, în

regiunea pectorală: îndoirea trunchiului înainte cu toată forța, cu 50 % și cu 25% din forța maximă.

- g. Culcat dorsal pe banca de gimnastică, cu picioarele îndoite spre scra fixă, cu cureaua dinamometrului fixată pe regiunea mediană a coaselor: tragerea genunchilor spre piept cu toată forța, cu 50% și cu 25% din forța maximă.

BIBLIOGRAFIE

1. AJURIAGUERRA, J., AVZIAS, M., COUMES, F., DENNER, A., LAVONDES, V., PERRON, A., STAMBAK, M., (1980) - *Scrisul copilului*, Ed. Didactică și Pedagogică, București.
2. ALLPORT G.W., (1981) - *Structura și dezvoltarea personalității*, Ed. Didactică și Pedagogică, București.
3. BRUININSK R., (1978) - *Bruininsk-Oseretky testb of motor profiency*, American Guidance Service, Minesota.
4. BUCHER, CH., A., CONSTANCE, R., KOENING; MILTON, BARCHARD (1965) - *Methods and Materials for Secondary School*, Phzsical Education, Saint Louis, The C.V. Moslez co.
5. CHAPPUIS., (1964) - *Notre activite*, Paris, I.N.S.
6. CHATEAU J., (1972) - *Copilul și jocul*, Ed. Didactică și Pedagogică, București.
7. DE MEUR A., STAES L., (1988) - *Psychomotricite. Education et reeducation*. Ed. De Boeck, Bruxelles.
8. ENACHESCU C., (1979) - *Igiena mentală și recuperarea bolnavilor psihici*, Ed. Medicală, București.
9. EPURAN M., (1976) - *Psihologia sportului*, Ed. Sport-Turism.
10. EPURAN M., (1989) - *Asistența psihologică în antrenamentul sportiv.*, în: Drăgan Ioan (coord.) *Practica medicinei sportive*, Ed. Medicală, București.
11. EPURAN, MIHAI(1976) - *Psihologia educației fizice*, Ed. Sport-Turism, București.
12. FLEISHMAN, E., A., (1964) - *The Structure and Measurement of Physical Fitness*, Washington, Prentice-Hall.
13. FORMICA, M., M., e colaboratori (1985) - *Trattato di neurologia riabilitativa*, Marrapese Editore, Roma.
14. FRAISSE, PAUL(1970) - *Psihologia experimentală (trad)*, Ed. științifică, Col. Psyche, București.
15. GROSU EMILIA, FLORINA (1999) - *Optimizarea comportamentului performanțial al gimnastelor prin tehnicile antrenamentului mental*, Teza de doctorat, A.N.E.F.S., București.
16. GUERBER, NICOLE, WALSH; CERAY, CLAUDINE; MAUCOUVERT, ANNICK (1990) - *Danse*, Editions Revue EPS, *De l'école...arix associations*.
17. GUILLARME, J., J., (1982) - *Education et reeducation psychomotrice*, Ed. Sermap-Matier,.
18. HOLDEVICI IRINA, VASILESCU I., P., (1993) - *Psihoterapie. Tratament fără medicamente*, Ed. Ceres, București.

19. HORGHIDAN VALENTINA, (1995) - *Teste de psihanaliză*, Ed. Didactică și Pedagogică, București.
20. KRAMAR M., (1997) - *Psihologia culturii fizice și a sporturilor*, Ed. Fundația "Vasile Goldiș", Arad.
21. LAPIERRE, A., (1986) - *La reeducation phzsique*, volI, Ed. J.B. Bailliere, Paris.
22. LAPIERRE A., (1986) - *La reeducation physique*, vol. I-II, Ed. J.B. Bailliere, Paris.
23. LOGSDON, BETTE, JEAN(1992) - *Educational Gymnastics*, Human Kinetics Publishers, Inc., Champaign, Illinois.
24. MAROLICARU MARIANA, EPURAN M., (2000) - *Metodologia cercetării activității corporale*, Ed. Risoprint, Cluj-Napoca.
25. MARTENS, R., (1982) – *Sport Competition Anciety test*, Champaign, Human Kinetics Publishers.
26. PICQ, LOUIS et VAYER, PIERRE (1972) - *Education psycomotrice et arrieration mentale*, Paris, Doin, Edit.
27. WALLON H., (1930) - *Principes de psychologie applique*, Paris, Colin.
28. WAINECK J., (1992) - *Biologia sportului*. Traducere după *Biologie du Sport*, Paris, Vigot.
29. WAINECK J., (1995) – *Biologia și sportul*. Traducere S.D.P. 365-366, vol I-II, București.
30. ZAMORA ELENA, MARILENA KORY MERCEA, ZAMORA D.C. (1996) – *Elementele practice de fiziologie generală și de fiziologie a efortului sportiv*, Ed. Casa Cărții de știință.

REPERE DE ABORDARE PSIHOLOGICĂ A COMPETIȚIILOR OFICIALE ÎN TENISUL DE CÂMP

COSMIN MIHAI MOCA¹

ABSTRACT. Psychological Approach of Official Competitions in Field Tennis. This work presents some advice which regard the psychological side of the tennis players and it involves a very serious analyze of this aspect both in competitions and training. These are stipulated 10 advices concerning the beginners, with the purpose of helping them to keep their calm, concentration and confidence in their own capacities during the games. The second part of this work contains some advice which can help the players to pass over the great tension of the official games. All these come from my personal conviction that the great majority of the difficulties faced by the players during the contents have no justification, they being easily thrown away

Tenisul de câmp, definit drept sportul alb, se prezintă acum, la începutul secolului al XXI-lea drept unul dintre cele mai frumoase și mai apreciate sporturi.

Să vorbim despre frumusețea jocului de tenis. În viziunea lui Radu Voia "tenisul este un joc frumos, atât pentru cel care-l practică, jucătorul, cât și pentru cel care îl urmărește cu privirea, spectatorul. Este sportul eleganței prin excelență. Mișcările tenismanului au grație și ritm, ca într-un dans cu mingi și rachete, în care stereotipul coregrafic este evitat prin surpriza totdeauna deschisă a jocului."

Totuși, pe lângă frumusețea și spectaculozitatea sa incontestabilă, tenisul rămâne unul dintre cele mai complexe și mai dificile sporturi care, pe lângă calitățile atletice desăvârșite, deprinderile și priceperile motrice specifice, necesită din partea practicanților și o serie de calități psihice deosebite.

În tenisul actual există numeroși jucători plini de calități care nu reușesc să depășească primele tururi.

Ei sunt, în general, convinși că problema lor este de ordin psihologic și adesea se întreabă de ce sunt stăpâniți atât de mult de trac.

Adevărul este că răspunsul la această chestiune provine în primul rând de la jocul lor și în nici un caz de la unele probleme de ordin mental.

E adevărat, totuși, că teama de a pierde – sau de a câștiga!- poate să inducă o anume stare de nervozitate care poate avea repercursiuni negative asupra psihicului jucătorului, acesta putând deveni atât de nervos încât să nu mai știe, de exemplu, cine urmează la serviciu.

Oricum, însă, chestiunea primordială care trebuie pusă în aplicare în cazul acestor jucători este de a-și lucra loviturile, de a se antrena foarte serios pentru a căpăta încredere în jocul lor.

Doar apoi, dacă nervozitatea continuă să constituie o problemă, trebuie insistat pe problemele psihologice.

Există mai multe metode de a o face.

Pentru începători însă, voi enumera 10 sfaturi menite să-i ajute să-și păstreze luciditatea pe teren în timpul desfășurării meciurilor.

1. Deschideți ochii asupra greșelilor tehnice pe care le faceți

Dacă în săptămâna anterioară ați avut probleme cu al doilea serviciu și cu voleurile, de exemplu, iar la antrenament ați lucrat loviturile în chestiune, veți fi mai siguri pe voi la viitorul meci.

La antrenament mulți jucători evită tocmai punctele slabe, fapt care face ca ei să se reântâlnească cu ele, din păcate, la meci. Acest lucru trebuie avut în vedere la antrenamente, fără a fi însă neglijate celelalte lovituri.

2. Preparați planul de bătălie înainte

Analizați și puneți întrebări la antrenament. Inșă, în momentul când începeți să vă încălziți pentru meci, nu vă mai gândiți decât la lovituri.

Chiar dacă sunteți dotat cu o inteligență superioară, evitați să vă gândiți la altceva; veți deschide în mintea voastră porțile tracului.

3. Faceți eforturi în toate domeniile

Nu vă gândiți decât la modalitatea prin care să progresați cel mai repede. Victoria trebuie să se măsoare în progresul pe care l-ați făcut la o lovitură, la menținerea mingii în joc, la modul cum puteți păstra un avantaj sau cum puteți reveni din anumite situații în care sunteți condus.

Pornind de aici și respectând cele spuse anterior, victoriile trebuie să vină singure.

4. Nu vă lăsați impresionat de echipamentul adversarului

Unii jucători se lasă atât de mult impresionați de detalii încât chiar înainte de prima minge faptul că vor pierde este destul de previzibil.

Viitorul câștigător se concentrează asupra lui însuși și a loviturilor sale.

Viitorul înfrânt nu poate să-și desprindă privirea de la adversar. El își face singur teamă, spunându-și, de pildă: "Cu asemenea pantofi, trebuie să fie ultrarapid!". Și pentru că adversarul mai etalează 2,3 rachete noi, cu o tehnologie de fabricație relativ recentă, este ca și cum a câștigat, deja, primul set.

Cămașa și rachetele nu impresionează decât pe jucătorii care sunt lipsiți, încă de la început, de încredere în ei.

5. Nu uitați că adversarul va juca mai puțin ca la încălzire

Așa se întâmplă aproape în toată lumea. Deci nu vă stabiliți strategia în funcție de ceea ce ați văzut la încălzire, decât dacă observați la adversar vreo slăbiciune evidentă de care va trebui să profitați.

Unii jucători dau impresia că sunt posesorii unor lovituri curate și eficiente, cu o jumătate de oră înainte de meci. Dar în momentul în care încep meciul intră în panică, nu mai îndrăznesc să lovească mingea, pierzându-și încrederea în forțele proprii.

6. Feriți-vă de "intoxicare"

Unii adversari se străduiesc să vă impresioneze înainte de meci, să creeze anumite situații tensionate care să vă tulbure mental.

Fiți convinși că dacă procedează astfel, nu au alte mijloace de a câștiga meciul.

Am constatat că jucătorii care recurg la asemenea trucuri sunt cei care muncesc mai puțin la antrenament, dar care posedă o documentare vastă în ceea ce privește "intoxicarea adversarului".

7. Nu vă faceți planuri tactice grandioase

Nu vă spuneți că este absolut necesar să jucați de o manieră revoluționară pentru a câștiga. Mai bine să vă funcționeze perfect ABC-ul loviturilor.

Dacă, de exemplu, într-un schimb lung de pe fundul terenului nu știți ce strategie să adoptați în desfășurarea punctului, propuneți-vă mai bine să jucați "lung și pe centru".

Mental, veți fi destul de degajat pentru a lovi mingea conform inspirației din momentul efectuării loviturii.

Întrebați un profesionist la ce se gândește în timpul unuia sau altuia dintre meciurile sale. Răspunsul va fi foarte simplu: "la nimic". Nu este o exagerare. De fapt el a fost atât de concentrat în timpul jocului încât singurul lucru la care se gândea era locul unde va trimite mingea în terenul advers.

8. Nu vă spuneți tot timpul: "Concentrează-te!". Faceți acest lucru fără să vă gândiți prea mult la el.

Nu veți putea să vă repetați continuu "Concentrează-te! Concentrează-te!" și în același timp să fiți concentrat cu adevărat asupra mingii.

Mai bine găsiți-vă o imagine, o idee care să vă ajute să vă relaxați, să vă destindeți și care să vă protejeze concentrarea asupra oricărui element exterior perturbator.

Priviți, de pildă, cerul, ascultați-vă respirația, sau mai bine gândiți-vă la un mic detaliu din dinamica voastră de lovire (nu are importanță la care lovitură), acest fapt vă va împiedica ideile să se disperseze.

9. Nu vă risipiți forțele și concentrarea enervându-vă

Gândiți-vă la lovitura pe care urmează să o efectuați și nu la smeciul pe care tocmai l-ați ratat sau la ceea ce vi s-a părut a fi fost o greșeală de arbitraj.

Așteptați-vă la asemenea situații: ele fac parte din jocul de tenis.

Și spuneți-vă, de fapt, și adversarului i se pot întâmpla asemenea lucruri, mai ales în conjunctura în care meciul este strâns.

10. Nu vă descurajați de reușita adversarului

Dacă pe lovitura voastră cea mai bună, adversarul returnează o minge câștigătoare, acest lucru ar putea avea implicații catastrofale și pierderea în mare măsură a încrederii în forțele proprii.

Singurul lucru pe care îl puteți face este să nu vă gândiți la o asemenea situație și să vă spuneți că și voi puteți face la fel.

În afară de aceste "trucuri" țineți cont de faptul că, în timpul meciului, mai ales dacă este strâns, puteți deveni din ce în ce mai nervos. Este un lucru natural, dar nu lăsați frica să vă facă timid sau să vă paralizeze gesturile sau jocul de picioare.

Pur și simplu în timpul desfășurării partidelor există anumite momente decisive în care picioarele pot avea un rol hotărâtor. Există mulți jucători care se plantează pe linia de fund și, la punctele decisive, rămân imobili, nu se mișcă suficient de repede și au o viteză de reacție și de deplasare care lasă de dorit. Acest lucru poate fi pus și pe seama faptului că intensitatea meciului – sau frica – îi paralizează.

O chestiune destul de frapantă este aceea că mulți jucători nu reușesc să joace în meciurile oficiale așa cum o fac în cele amicale.

Concret, ei joacă mult mai slab când participă la un concurs important decât atunci când nu există o miză deosebită. Totuși, majoritatea dificultăților pe care le întâmpină unii jucători în concursuri nu au nici o justificare și, mai ales, sunt ușor de depășit.

Este un lucru cunoscut că meciurile oficiale vă ajută să progresați mai repede. Când veți reuși să depășiți tensiunea nervoasă a meciurilor oficiale, veți reuși să progresați mai repede și să jucați foarte bine.

Iată câteva sfaturi care vă pot ajuta să jucați bine în concursuri.

Porniți cu hotărârea de a câștiga

Unii jucători se înscriu în concursuri fiind convinși de la început că nu pot câștiga. Rezultatul e că sunt eliminați din primele tururi fără să păstreze amintiri plăcute de la acel concurs.

Totuși trebuie precizat faptul că un concurs e mai mult decât un amuzament. Plăcerea va veni din spiritul de competiție, din dorința de a învinge. Puțin importă că sunteți cel mai slab dintre jucătorii de pe tablou. Atacați meciurile ca și cum ați fi cap de serie nr. 1. Veți vedea ce rezultate bune puteți obține!

Jucați-vă jocul obișnuit

Nu de puține ori, unii jucători care participă la concursuri încearcă să joace altfel decât sunt obișnuiți.

Un jucător, de exemplu, cu un bun joc de pe fundul terenului încearcă să avanseze mereu spre fileu, iar altul, jucător de atac, se cantonează în spatele liniei de fund a terenului. Ambii pierd în fața unor jucători pe care, dacă își făceau jocul lor cunoscut bine, îi puteau învinge ușor. Rațiunea schimbării jocului obișnuit: acești jucători încearcă să-și schimbe maniera de joc în fața unei situații delicate. Dar asta ține de experiență, iar într-un meci nu trebuie făcute prea multe experiențe. Nu trebuie făcute decât în situații disperate.

Incepeți deci prin a juca jocul vostru obișnuit.

Există o excepție de la această regulă: dacă aveți "în mână" un meci, dacă aveți un avantaj hotărâtor, nu e rău să încercați una, două experiențe, încercând lovituri care vă pot fi folositoare în meciul următor.

Rămâneți însă totdeauna prudent când încercați asemenea experiment, deoarece există pericolul ca adversarul câștigând câteva puncte să încerce să întoarcă meciul. Vă va fi destul de greu, într-o asemenea situație, să reveniți la cârma jocului.

Nu ți-neți neapărat să jucați frumos

Pentru spectatori este foarte plăcut să vadă jucători cu un stil frumos, cu execuții tehnice deosebite. Totuși, de multe ori, nu stilistii sunt cei care pleacă învingători de pe teren.

Este mult mai importantă eficiența unei lovituri decât frumusețea ei.

Deci în tenis, faptul care primează mai mult decât lovitura în sine, este ceea ce se întâmplă cu mingea după ce a plecat din rachetă.

Faceți-vă un plan de joc

Iată un sfat pe care l-ați auzit probabil de sute de ori.

Și totuși de atâtea ori am văzut jucători la care nu am depistat nici cea mai vagă idee în ceea ce privește maniera de joc. Când vorbesc de un plan de joc mă gândesc la simplul ABC care constă în a căuta punctele slabe ale adversarului și a încerca să le exploatezi în funcție de calitățile jocului tău. Deoarece una este legată de cealaltă.

De pildă, faptul că adversarul e incomodat de loviturile scurte nu are nici o valoare dacă tu nu ești în stare să execuți cu eficiență și precizie asemenea lovituri.

Nu e normal să începi un meci fără să ai cea mai vagă idee despre punctele tari și cele slabe ale adversarului.

Dacă nu aveți încercați să-l priviți jucând. Faceți acest lucru la încălzire pentru a vă elabora un plan de joc la începutul meciului. Când v-ați elaborat planul de joc, încercați să-l respectați măcar câteva ghemuri.

Dacă ați constatat că aveți atuuri pentru a exploata unele din punctele slabe ale adversarului nu abuzați de asta.

Profesioniștii atacă punctele slabe ale adversarului numai în momentele importante ale jocului, atunci când au nevoie imperioasă să câștige punctele.

Invățați din înfrângeri

Dacă ați pierdut, indiferent că ați jucat bine sau slab, încercați să vă analizați meciul pentru a depista ceea ce a mers bine sau nu în joc.

Intr-un meci din cadrul unui concurs puteți să vă depistați mai bine punctele tari și cele slabe din jocul vostru.

Încercați să vă dați seama și ceea ce ar fi trebuit să faceți, cum ar fi trebuit să jucați pentru a vă deranja mai mult adversarul.

În momentul în care v-ați dat seama de punctele slabe din jocul vostru, lucrați în consecință la antrenament. Veți vedea rezultatele la următoarele concursuri.

Concluzionând, putem spune că materialul prezentat anterior se adresează în egală măsură atât jucătorilor cât și antrenorilor. Aceștia din urmă trebuie să știe cu o remarcabilă clarviziune și o realistă capacitate de predicție modalitățile prin care talentul nativ, deprinderile și priceperile motrice specifice tenisului însoțite de o muncă asiduă pot canaliza pe o direcție ascendentă și pozitivă cariera jucătorului.

Pentru că, orice s-ar spune, competiția este și va rămâne lucrul cel mai frumos din tenis.

Schimbările de mingi, lecțiile de tenis, meciurile amicale rămân niște modalități foarte agreate de mulți oameni în vederea deconectării și petrecerii în mod plăcut a timpului liber însă nimic nu aduce mai multă satisfacție decât verificarea nivelului, calităților și forței în concursurile oficiale.

BIBLIOGRAFIE

1. MOISE, G., MOISE, D., DOBOȘI, Ș., 1995, "Tenis pentru începători" Tipografia Garamond, Cluj-Napoca
2. RICHARD, S., 1993, "Să învățăm corect tenis de la inițiere la performanță", Editura Helicon
3. SEGĂRCEANU, A., 1998, "Tehnică. Tactică. Metodică", Editura Quasar, București
4. VOIA, R., 1987, "Tenis de la A la Z"- Ediția a II-a revăzută și completată, Editura Sport-Turism, București

THE RURAL GEOGRAPHICAL ENVIRONMENT, AS A FACTOR FOR THE SPORTIVE PERFORMANCE

SANDOR IOSIF

ABSTRACT. *The Study Takes Into Account the Study of the Geographical Rural Environment and the Climatic Conditions.* Romania is a country proud to have sportive results of an unestimated value, as sports is an important ambassador of it in the world. Knowing all the constitutive elements that define the geographical rural area, and implicitly all the relief forms in which they are situated, is an indispensable condition for a scientific estimation of the selective process for the various sportive fields.

Romania benefits of a space which is characterized by a great diversity of the relief, as we encounter all the geographical forms -from plains to mountains, as well as the Danube Delta- and an important hidrographical basin. The diversity of the relief, of the climate, of the vegetation and of the natural resources have an important influence on the population's lifestyle, and, implicitly, on a serie of characteristics of the physical and psychical development. At the same time, the precise delimitation of the rural space from the urban one makes us to consider some features specific to each of these environments. The researches made by specialists in the field, as well as by some sociologists, have pointed out the influence that the environment has on the characteristics of the human being, as heredity is a process through which the genetic patrimony is biologically transmitted. The environment is influencing the entire ontogenetic development of the people. The geographic environment is important for the human being because it is conditioning our existence. Therefore, we must protect it against the factors that might produce perturbations of the climate, of the soils and waters. These are man's most important treasure. If man wants to respect himself, he must first show respect to nature.

The genetic information can be valued only under the influence of the environmental conditions. The hereditary influence is mainly exercised on stature and on other physical characteristics related to it. No matter the stage of the development, the influence of the environmental factors determines different effects for each of the developing stages of the individuals.

A propitious geographical environment is strongly correlated with the psychological, biological factors that influence the production of energy, the aerobian and anaerobian substrate, the motric skills and the somatic structure, offers an adequate frame for the superior valorification of the individual aptitudes. Our investigation has pointed out the followings:

-in plain and coastal areas, situated under the influence of the excessive temperate continental climate, which determines a rise of the bioclimatic stress, The organism of the individuals is highly solicited. The population is characterized by superior motric skills (strength and resistance) and a special capacity for effort. From the psychical point of view, They are predisposed to long monotonous effort. Their capacity of recovery is high. The people living in the rural parts of these areas have superior somatic indices than those coming from plateau and mountainous regions. They also possess a high adaptability, which is determined by the concordance of the external environmental and hereditary factors.

-in plateau areas, which are influenced by a moderate climate all over the year, the functions and the systems of the human organisms are not so much affected by the effects of the climatic factors. Also, the indices of the bioclimatic stress are reduced. As a consequence, people need to make a minimum effort in order to be able to cope with the stress. The somatic indices are inferior than those encountered in plain areas, but people living in this areas possess a great physical resistance.

-the mountainous regions, where permanent settlements lack, are propitious for practicing professional sports. This is explained by the benefic effects of the altitude on the sportsmen's organisms.

The representative geographical areas of the rural, where the autarchic farmsteads are predominant and where the main occupation is agriculture, are "benefitting" of persons which can be defined as bio-psycho-motric models, capable of outstanding performances

The young persons coming from the plain and plateau rural areas possess genetic legacies contained in certain nucleic sequences that control specific individual skills which are developed under the influence of the environmental rural factors. They have a "natural tendency" for performances superior to others. They do not need a special effort to obtain important results. Their resistance can be improved by a special training, realised only under the influence of the conditions of an adequate environment.

The majority of the Romanian sportsmen medalled at the Olympic Games are coming from the rural space. 55.66% is an impressive figure if we take into account the whole number of sportsmen from our country.

Through the process of selection we want to discover, based on scientific data, persons for which a future evolution could be prefigured, having in mind the individual characteristics.

In order to achieve exceptional results, there must be taken into consideration a number of factors, whose importance cannot be diminished.

The specialists have established the proportion of the factors which are responsible for the achievement of the performances in the various sportive fields. When establishing these factors, the somatic type of the sportsman, as well as its motric and psychic capacities must be taken into consideration. Of course we cannot diminish the importance of the environment, which influences the somatic, the motric and the psychic factors.

The role, as well as the influence of the geographical rural areas is obvious if we have in mind the fact that, even without a proper training, the sportsmen coming from these regions obtain remarkable results. We must also have in mind the stages which are characteristic for the training at higher altitudes or for those rural areas which have the adequate conditions. These training stages are absolutely necessary, they have a scientific explanation and they point out the influence of the environmental factors on the manifestations of the psycho-physical capacities of the individuals.

The statistics show us that 90 per cent of the Romanian territory is administratively controlled by rural settlements. The physical frame of the rural settlements' hearth play an important role in the strengthening process of the population. The rural space from all over the country is characterized by a significant human potential, which is due to the high natality. In the areas taken into account there is an important workforce. The rural is the main reservoir of workforce for a series of activities that are taking place in the urban area. This migration is determining important demographical perturbations. This situation has negative consequences on the educational process as well, as the number of schools in the rural is constantly decreasing. The cultural and sportive activities are also affected, so they do not represent a basic recreational activity for the population living in the rural area. The living conditions existent in the rural space have influenced the somatic type, according to the relief forms.

Our study has reached the following conclusions:

- the somatic and motric parameters of the population in the rural area are reflecting the lifestyle of these regions;

- the stature of the young rural population is normosom; in the first growing phase there is an acceleration in the development of the locomotory apparatus, which, influenced also by the genetic factors, matures much earlier;

- the weight of the population is lower than that of the urban population;

- from the point of view of the motric skills, the rural population is superior to the urban one, especially at the level of those skills that are influenced by the environment. The indices of strength and speed, the frequency of movements, the general and specific resistance are higher than those of the urban population;

- the skills that are genetically influenced (speed) are also superior to that of the urban population. The people living in mountainous areas has superior skills. This denotes that the genetic material is changing under the influence of the environmental influence. The environment play an important role for the entire ontogenetic development of the organism. Without the conditions offered by the environment –including training and preparatory possibilities, education, social conditions–, the genetic information would be lost and it could not be turned to the best account.

- the development of the motric skills of the rural population is an everlasting source of sportive talents. The correct valorification of the talents has made Romania become a world power in sports.

BIBLIOGRAFIE

1. ALEXANDRESCU, C., (1977): *Igiena Educației Fizice și Sportului*, Ed Sport-Turism, București.
2. ALEXANDRESCU, C., CREȚU, ANTOANETA, (1993): *Igiena Educației Fizice și Sportului*, Curs ANEFS, București.
3. ALEXE, N., și colab. (1982-1983): *Potențialul biomotric al elevilor din clasele IX-XII – studiu comparativ*, C.C.E.F.S., București.
4. ALEXE, N., și colab. (1994): *Studiu comparativ al potențialului biomotric al elevilor din clasele V-VIII la a treia ediție a evaluării*, C.C.E.F.S., București.
5. ALEXE, N., și colab., (1970): *Potențialului biomotric al populației școlare din clasele V-VIII*, C.C.E.F.S., București.
6. ALUAȘ, I. (1993): *Polifunctionalisation – a possible way of recovery of the rural*, Studia UBB, Sociologia-Politologia 1. Cluj-Napoca.
7. Anuarul Sportului din România, (1998): M.T.S., București.
8. Anuarul Statistic al României, (1991), Direcția generală de statistică.
9. CRISTESCU, MARIA, (1969): *Aspecte ale creșterii și dezvoltării adolescenților din R.S.R.*, Ed. Academiei R.S.R., București.
10. DEMETER, A. (1972): *Fiziologia Sporturilor*, Ed. Stadion, București.
11. DOROFTEIU, M. (1992): *"Fiziologie – coordonarea organismului uman"*, Ed. Argonaut, Cluj – Napoca.
12. DRĂGAN, I., (1977): *Cura de altitudine*, Ed. Sport – Turism, București.
13. DRĂGAN, I. (1993): *Practica medicinei sportive*, Ed. Medicală, București.
14. DRĂGAN, I. și colab., (1970): *Elemente de investigație în medicina sportivă*, Ed. Stadion, București.
15. DRĂGAN, I., (1979): *Selecția medico-biologică în sport*, Ed Sport - Turism, București.
16. FOCȘĂNEANU, A., și colab.,: (1981): *Potențialului biomotric al elevilor din clasele V-VIII – studiu comparativ*, C.C.E.F.S., București.
17. *Geografia României*, (1983), Ed. Academiei, București. vol I – IV.
18. GEORGES, O., (1975): *L'écologie humaine*, Ed. Presses Universitaires de France, Paris.
19. HĂULICĂ, I. (1997): *"Fiziologia umană – elemente de fiziologie ambientală"*, Ed. Medicală.
20. HEBBELINCK, M., (1970): *Performanță și talent*, Ed. Fizică în școală, București, CNEFS sect. Documentare, vol.VIII.
21. MIHĂILĂ, J., ULMEANU, F.C., (1938): *Raportul dintre performanță și mediul geografic*, Anale de Educație fizică. 2.
22. PARASCHIV, V., SINTIE, A.M. (1992): *Studiu comparativ al potențialului biomotric al elevilor din clasele I-IV, la a treia ediție a evaluării*, Centrul de cercetări al MTS, București.
23. SURD, V., (1998): *Introducere în geografia rurală*, Târgu – Mureș.
24. SURD, V., (2002): *Introducere în Geografia Spațiului Rural*, Presa Universitară Clujeană.
25. SURD, V., Raboca, N., (1989): *Geografia populației și așezărilor umane*, Curs litografiat, Cluj-Napoca.
26. SURD, V., coord, (1998): *Rural space and regional development*, Ed. Studia, Cluj-Napoca.

STUDY ABOUT THE AREAS FROM WHICH THE ROMANIAN PERFORMERS MEDALLED AT THE OLYMPIC GAMES COME

SANDOR IOSIF

ABSTRACT. By Analysing the Features of the Birthplace of the Romanian Sportsmen, Medalled at the Olympic Summer Games: we can find out some illustration indexes of the "productivity" of the rural areas all over the country, that are relevant for individual sports. It is possible to find out, to predict and to plan things from the demographical points of view, as well as having in mind the probability of some geographical areas for the developing of sports phenomenon.

The percentage of the performers born in the rural areas is much more significant than of those coming from the urban area. Therefore, the specialists from various fields consider that an investigation regarding the performers' birthplace is necessary. They have reached the conclusion that the performers coming from the rural space have better motoric skills, and that the rural offers somatic models fit for the practising of certain sports.

We believe that, by putting into practice the conclusions of these studies, we will obtain objective and complex data, with a constative, explicative, modelling, generative and prospective character.

Our study gives informations about the quantitative "contribution" about the geographical areas in Romania that provided performers who were medalled at the Olympic Summer Games in individual sports. The study wants to analyse the geographical regions and the sports performers density in order to determine the influence and the "implication" of the rural space in the formation of the many people capable of resisting to the sternness of the high level sport practice.

The sportsmen coming from the rural areas excel in sports such as: boating, kayak-canoe, wrestling, athletics, boxing. The conclusion is that the rural space is an important source of talents and potential performers.

Boating is the sport with the highest number of medalled sportsmen (33,4%) out of the total number of the Romanian performers. In the top we find also sports like kayak-canoe, wrestling, athletics and boxing.

Among the factors that influence the performances are the motoric capacities, the somatic type, the psychical capacity and the environmental factors.

Our data show us that the majority of the performers are from the north-eastern, eastern and southern parts of the country. Among the regions which offer the perfect conditions for professional sports are The Suceava Plateau, The Moldavian Plain, The Romanian Plain and The Danube Delta.

In Romania there are certain rural referential areas:

1. Athletics:

- Resistance (middle-distance race): - plateaus and hills (The Moldavian Plateau, The Somes Plateau);
- Technic events (jumps): - plains (The Western Plain, The Romanian Plain);
- Throwing: -plains.

2. Boxing:

- below 60 kilos: plain (The Baragan Plain);
- over 60 kilos: hills and plateaus (The Brasov Depression, The Somes Plateau).

3. Canoe:

- The Danube Delta and The Covurlui Plateau.

4. Rowing:

- The Moldavian Plateau, The Baragan Plateau

5. Kayak:

- The Danube Delta and The Moldavian Plateau.

6. Wrestling:

- below 68 kilos: plain and plateau (The Baragan Plain, The Suceava Plateau);
- over 68 kilos: depressions (Brasov Depressions).

In these areas the climatic factors has a special role. The excessive continental climate influences the natural strengthening of the organism. At the same time, it is a limiting factor for some physiological systems of the organisms.

The relief fragmentation, as well the specific of the economic activities imposed by it, influences the somatic parametres. The sportsmen that were selected from these areas represent the result of the interaction of the conditions existing in the rural areas with the specific lifestyle, imposed by these conditions.

BIBLIOGRAFIE

1. *Anuarul Sportului din România*, (1998): M.T.S., București.
2. *Anuarul Statistic al României*, (1991), Direcția generală de statistică.
3. *Atlasul R.S.R.*, (1979) Ed. Academiei, București.
4. .BOCU, T., TACHE, SIMONA, (1997): *Selecția în Sport-Orientări ale selecției timpurii în sport*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca.
5. CARTER, J.E.L., (1982): *Physical Satructure of Olimpic Games, Part I, Anthropological Project*, Medicine and Sport, Vol.16, Basel: S. Karger, *Selecția talentului în sport* Nr. 1(98), București.
6. CARTER, J.E.L., (1984): *Physical Structure of Olimpic Athletes, Part II, Kinanthropometry of Olympic Athletes*, Medicine and Sport Science, Vol.18, Basel: S. Karger, în *Selecția talentului în sport* Nr. 1(98), București.
7. FÂNTÂNEANU, E. (2001): *România la Jocurile Olimpice*, Redacția Publicațiilor pentru Străinătate, București.
8. FESCI, C. SIMONA.(1984): *Influența condițiilor climatice asupra organismelor*, Ed. Enciclopedică, București.
9. *Geografia României*, (1983), Ed. Academiei, București. vol I – IV.

PRIMUL AJUTOR ÎN CAZURILE DE ÎNEC

MELANIA CÂMPEANU, MARA CÂMPEANU, IOANA DEBEURRE

ABSTRACT: *First Aid in Drowning.* This essay shows the ways that the people can be saved from the drowning, which can be produced in different conditions: salty water, fresh water and cold water. The ways to give the first assistance are depending from 5 factors. These factors are the age of the victim, the ability for swimming, the temperature of the water, the medical history of the victim and the time he was staying into the water. The first assistance is different between the wet drownings and the dry drownings.

În fiecare an milioane de oameni își petrec timpul liber și vacanțele mergând la bazine, piscine, lacuri, mări și oceane. Vâslitul, înotul, schiul nautic, navigatul și scufundatul sunt doar câteva din activitățile care se practică în apă. Deși aceste activități sunt deosebit de plăcute și distractive ele necesită o atenție deosebită și o cunoaștere îndeaproape a riscurilor care pot să apară în caz de accidente.

Statisticile făcute de americani în anul 2000 demonstrează că 8000 de persoane pe an cad victime acestor accidente. Un număr de 4700 de persoane nu au intenția nici măcar să se ude. 5% din victime sunt copii sub 5 ani, iar două treimi din victime sunt neînotători. Din totalul de cazuri de deces prin înece, în proporție de 85% ambulanța nu este chemată la locul accidentului.

Există cinci factori importanți care condiționează reușita resuscitării: vârsta victimei, abilitatea de înot a victimei, temperatura apei, istoricul medical al victimei precum și timpul cât victima a stat sub apă.

Înece este definit ca moartea prin asfixiere în timpul unui episod de imersie în apă cu sau fără inhalarea apei.

Înece poate fi de două feluri: - înece umed
- înece uscat

Înece umed este înece care apare atunci când apa este inhalată sau aspirată în plămâni. Inundarea plămânului cu apă apare după ce corzile vocale se relaxează. 85% din cazurile de înece sunt reprezentate de înece umed.

Înece uscat este înece care apare atunci când apa nu este inhalată sau aspirată în plămâni. Se estimează că 15% din victime mor din cauza laringospasmului prelungit care se produce. Datorită faptului că apa nu pătrunde în căile aeriene și plămâni victimele răspund foarte bine și rapid la ventilația artificială iar succesul resuscitării este în 90% din cazuri.

Majoritatea înecurilor au un patern comun:

Apa rece poate stimula involuntar stopul respirator, chiar imediat după ce fața ia contact cu apa.

Dupa o perioadă în care victima încearcă să își țină respirația apare reflexul de înghițire care produce îngurgitare și aspirarea apei.

Spasmul laringian de obicei diminuează aspirarea apei în plămâni în timpul perioadei de conștiință și zbatere în apă așa că plămânii rămân relativ uscați. Laringo spasmul dispare după ce victima își pierde conștiința, deschizându-se trahea și lăsând apei cale liberă să se infiltreze în plămâni. În cazul unei submersii necontrolate datorită reflexului de înghițire poate să apară vărsăturile și cu acestea și riscul aspirării vomismentelor în plămâni.

Victimele salvate de la înece pot să aibă plămânii umezi sau uscați. În cazul pacienților cu plămânii umezi dacă după salvare nu au fost ținuti sub control medical câteva ore sau poate câteva zile poate să apară decesul datorită edemului pulmonar care se poate instala ca o consecință secundară înecului. Episoadele post înece pot să dea multe complicații: afectarea coloanei vertebrale, depresii suicidale, hipotermie, diferite probleme cardiace, precum și diferite alte traumatizme.

Gravitatea înecului depinde și de felul apei: sărată, dulce sau rece.

Înece în apă sărată

În caz de înece în apă sărată în organism apar diferite reacții. Datorită diferenței de concentrație ridicată de sare din apa care a invadat plămânul și concentrația scăzută de sare din vasele de sânge se încearcă o egalizare a concentrațiilor. Mecanismul de egalizare a concentrațiilor constă în extragerea unei cantități mari de apă din patul vascular și din organism. Dacă egalizarea concentrației nu se poate realiza, atunci survine decesul. Aspirarea apei sărate este de două ori mai letală ca și cea dulce.

Înece în apă dulce

Apa dulce poate altera din punct de vedere chimic interfața alveolo-capilară precum și calitățile surfactantului normal pulmonar. Este știut că surfactantul se găsește în alveolele pulmonare și este responsabil de stabilitatea alveolară. Apa dulce ajunsă în plămâni trece în vasele de sânge diluând toți electroliții cu excepția potasiului. Potasiu este eliberat de celule, astfel că rezulta o creștere a nivelului de potasiu extracelular față de cel normal.

Componentele apei, altele decât sarea, pot produce și ele diferite alterări care duc la scăderea șanselor de supraviețuire a pacientului. Poluarea, clorul și alte componente ale apei pot produce de asemenea obstrucții fizice ale alveolelor, alterări chimice ale căilor aeriene sau infecții pulmonare tardive.

Metodele de resuscitare a victimelor înecate sunt aceleași indiferent de apa în care a avut loc imersia.

Primul ajutor se bazează pe resuscitarea primară. Diferențele între victimele înecate în apă sărată și dulce sunt recunoscute prin reacțiile plămânului.

Înece în apă rece

Victimele înecului în apă rece prezintă aceleași transformări ca și cele relatate mai sus prezentând și hipotermie. Imersia prelungită în apă mai rece decât 21 de grade C (70 grade F) produce hipotermie asociată cu frisoane. Acestea sunt cauzele majore de deces în accidentele nautice.

Timpul de supraviețuire în submersie depinde de:

- constituția fizică,
- suprafața corporală,
- atitudinea mentală,
- condiția fizică,
- grosimea stratului de grăsime subcutanat,
- dorința de supraviețuire,
- capacitatea pulmonară.

În cazul copiilor, cu cât copilul este mai mic răcirea copului apare mai repede în apa rece. Deși victimele unui îneș în apă rece dau semnalmente clare unui deced, ei reacționează foarte bine la resuscitare datorita reflexului care se întâlnește la mamiferele acvatice (balene, foci și delfine). Acest reflex se declanșează o dată cu introducerea feței în apă și constă în dirijarea sângelui de la nivelul membrelor inferioare și superioare spre creier, plămâni și inimă, pulsul ajungând la 5-6 bătăi pe minut, iar rezerva de oxigen din sânge este foarte mică.

În cazul unei submersii în apă rece mai puțin de o ora, resuscitarea trebuie făcută timp mult mai îndelungat.

Metode de resuscitare

Pacientul trebuie scos din apă cât mai repede posibil. Orice victimă suspectă de căzătură în apă **necesită aplicarea gulerului cervical**, pentru protecția coloanei vertebrale cervicale.

Deasemenea trebuie să ne asigurăm că salvatorii nu vor devenii hipotermici sau victime ale îneșului. Pentru a împiedica toate acestea salvatorul trebuie să aibă haine impermeabile sau haine uscate de schimb, să știe să se organizeze foarte bine în momentul salvării și să fie antrenat pentru a se mișca cât mai repede și mai eficient în apă. Paramedicii care nu sunt pregătiți și antrenați pentru așa ceva nu trebuie lăsați să intre în apă pentru că ar putea să devina ei înșiși victime.

Stopul respirator este prioritar în timpul resuscitării. Controlul căilor aeriene și ventilația artificială trebuie să fie inițiate în apă în momentul în care pacientul este adus la suprafață.

Trebuie să așezăm pacientul să plutească pe spate sau pe o scândură. Înaintea începerii ventilației artificiale trebuie să se elibereze căile respiratorii superioare în caz de corpuri străine pe traseul lor.

Resuscitarea în apă trebuie începută cu ventilația artificială și doar în cazul în care distensia abdominală împiedică realizarea ventilației se încearcă evacuarea apei din stomac, pentru a înlătura riscul aspirării vomismentelor în caz de regurgitare.

O dată ajunși pe uscat în caz de lipsa pulsului se începe resuscitarea cardio-respiratorie. Intubația oro-traheală asigură protecția cea mai bună și de aceea este cea mai indicată manevră. În cazul în care nu se poate realiza se încearcă intubația nazo-traheală sau traheotomia.

Ventilația se face cu oxigen 100%. Dacă este un înec în apă rece și suspectăm victima de hipotermie atunci oxigenul trebuie încălzit și umidificat înainte de administrare.

Mulți pacienți care au stat în apă o perioadă mai îndelungată fac stop respirator și devin, din aceasta cauza acidotici dezvoltând din aceasta cauză ectopie ventriculară, iar hipoxemia este rezultatul.

Tratarea acidozei se face prin hiperventilație și administrare de 1 mEq/Kg intravenos bicarbonat de Na pentru neutralizarea acidozei. Abordul venos poate să fie dificil de realizat la un pacient rece, datorită vasoconstricției periferice venoase.

Se administrează 0,9% NaCl sau soluție Ringer intravenos. În caz de personal medical limitat, abordul venos se realizează pe ambulanță, nu la locul accidentului, pentru a nu se întârzia transportul la spitalul de urgențe. Dacă oxigenarea, hiperventilația și bicarbonatul de Na nu suprimă ectopia ventriculară se administrează hidrocaină 1 mg/kg urmată de 0,5mg/kg intravenos. Hidrocaina se mai poate administra într-o singură doză, dar atunci doza este de 2 până la 4 mg/kg intravenos care sigur vor suprima ectopia.

În cazul victimelor din apă rece scopul principal este încălzirea temperaturii corpului. Hainele trebuie îndepărtate cât mai repede posibil pentru că sunt de 24 de ori mai conductoare decât aerul atmosferic. Nu mai este nevoie de altă medicație atâta timp cât se reduce și hipotermia. Celelalte manevre trebuie axate pe o resuscitare energetică și rapidă pentru că timpul de supraviețuire în apă rece poate fi mult mai crescut decât ne putem noi închipui.

Se știe că în cazul unei submersii în apă rece complicațiile pulmonare sunt mai frecvente și mai grave și pot să apară după ore sau chiar zile. De aceea pacienți trebuie spitalizați și ținuti sub observație. Examinarea spitalicească este deosebit de importantă pentru victimele unei submersii îndelungate în apă rece.

Un număr important de decese apar în zilele post înec, ca un rezultat al progresului de deteriorare al plămânului care ar putea fi evitat în cazul unei diagnosticări prompte și corecte.

Victima unui înec este declarată decedată atunci când tegumentele sunt calde și umede în urma manevrelor deresuscitare.

Victima conștientă		Victima inconștientă	
imersia		imersia	
ținerea respirației	reflexul de înghițire	relaxarea epiglotei și laringelui	
panică	regurgitare	aspirarea apei și conținutului gastric	
hipoxia	aspirarea apei	spasm al epiglotei și laringelui	

PRIMUL AJUTOR ÎN CAZURILE DE ÎNEC

pierderea conștiinței

relaxarea epiglotei și laringelui	asfixie
spasm al epiglotei și laringelui	înece umed
asfixie	înece uscat

Lucrarea de față tratează salvarea de la înece, produs în diferite condiții: apă sarată, apă dulce, apă rece. Modalitățile de acordare a primului ajutor depind de cei 5 factori: a b c d e precum, și de forma îneceului: uscat sau umed.

This essay shows the ways that people can be saved from drowning, which can be produced in different conditions: salty water, fresh water and cold water. The ways to give the first assistance are depending from 5 factors. These factors are the age of the victim, the ability for swimming, the temperature of the water, the medical history of the victim and the time he was staying in the water. The first assistance is different between the wet drownings and the dry drownings.

BIBLIOGRAFIE

1. CORDUN M., *Kinetologie medicală*, Ed. Axa București- 1999
2. SBENGHE T. *Kinetologie profilactică terapeutică și de recuperare* Ed. Medicală București 1987
3. *Revista medicală* nr 5
4. *Curs de prim ajutor realizat de SMURD Cluj-Napoca*

DEZVOLTAREA CALITĂȚILOR MOTRICE PRIN INTERMEDIUL JOCURILOR DE MIȘCARE (DINAMICE) LA CLASELE PRIMARE

SORIN HOREA COBÂRZAN

ABSTRACT: *The Development of the Locomotive Capabilities by Way of Physical Activity Games with Elementary School Classes.* Setting out from the hypothesis that, if efficient physical activity games are designated for the development of the locomotive capabilities and if they are, throughout an entire school year, consistently woven into the structure of the lesson as part of the locomotive capability development links – then a much better level of efficiency will be attained, in terms of children's locomotive capabilities, than if these links were only included sporadically, for the aforementioned purpose. An experiment conducted on a fourth grade class at an elementary school in Cluj Napoca has confirmed not only the importance of such physical activity games in the development of locomotive capabilities, but also the possibility for these to continue to be selected efficiently.

EXPERIMENTUL:

Ipoteza

Pornind de la necesitatea dezvoltării calităților în lecția de educație fizică folosind urmatoarea ipoteză:

Dacă se stabilesc jocuri de mișcare eficiente pentru dezvoltarea calităților motrice și dacă ele se amplasează în structura lecției în cadrul verigilor de dezvoltare a calităților motrice, în mod constant, pe parcursul întregului an școlar-se va obține o eficiență mult mai bună din punct de vedere al dezvoltării motricității copiilor decât în condițiile includerii în mod sporadic a unor verigi pentru scopul menționat.

Sarcinile cercetării

În vederea verificării valabilității ipotezei propuse am stabilit următoarele sarcini:

- studierea tratării temei în literatura de specialitate
- testarea inițială a nivelului de dezvoltare fizică și a nivelului de dezvoltare a calităților motrice măsurători și testări inițiale
- elaborarea conținutului procesului de pregătire și aplicarea experimentală a sistemelor și a metodologiei propuse
- realizarea măsurătorilor și testărilor finale
- prelucrarea și interpretarea lor

Organizarea ezperimentului

Experimentul s-a realizat pe parcursul anului școlar 2001-2002 cuprinzând colectivul unei clase a IV a urmărindu-se eficiența jocurilor de mișcare pentru dezvoltarea calităților motrice F.V. R.I. Subiecții au vârsta 10-11 ani, lecțiile desfășurându-se atât în aer liber cât și în sala de sport.

Măsurătorile inițiale au fost efectuate la începutul lunii octombrie, iar cele finale la sfârșitul semestrului al doilea ultimele două săptămâni.

Conținutul și desfășurarea experimentului

În urma studiului literaturii de specialitate privind activitatea de educație fizică în învățământul primar pentru dezvoltarea calităților motrice am selecționat un set de jocuri de mișcare pe care le-am considerat ca fiind cele mai eficiente

În alegerea jocurilor am ținut cont de

- particularitățile de vârstă ale elevilor din clasa a IV a
- particularitățile predării educației fizice - două lecții/ săptămână
- condițiile în care s-au desfășurat lecțiile-curte, sala în paralel cu alte clase
- durata verigilor alocate dezvoltării calităților motrice

În procesul de educație fizică la clasele I- IV se urmărește dezvoltarea forței generale- forța întregului sistem muscular.

Dezvoltarea forței se recomandă să fie făcută înaintea verigii de "revenire a organismului pentru efort".

Dezvoltarea vitezei se face după veriga de " influențare selectivă a aparatului locomotor", atunci când organismul este odihnit (sistemul nervos este în stare optimă de excitabilitate).

Jocurile de mișcare pentru dezvoltarea rezistenței se plasează în lecție înaintea verigii de "revenire a organismului pentru efort".

Pentru dezvoltare îndemânării se folosesc jocuri de mișcare care îl fac pe elev să treacă pe nesimțite de la o activitate la alta. Dezvoltarea îndemânării se recomandă a fi făcută după veriga de influențare selectivă a aparatului locomotor.

În activitatea de dezvoltarea calităților motrice trebuie pornit de la faptul că între ele există un raport de interdependență în sensul că manifestarea deplină a unei calități motrice este determinată și de gradul de dezvoltare a celorlalte precum și de participarea lor la acțiunea respectivă.

Astfel viteza de alergare poate fi realizată numai în cazul în care forța membrelor inferioare este bine dezvoltată și participă din plin la acțiune, iar valoarea rezistenței o poate susține.

Fiecare calitate motrică are particularitățile sale de care trebuie să se țină seama, iar între calitățile motrice deprinderile de mișcare există un raport continuu de intercondiționare. În executarea oricărui exercițiu fizic este prezentă atât deprinderea de mișcare cât și calitatea motrică.

Metode de cercetare folosite

1. *Documentarea* Studiarea bibliografiei de specialitate în scopul cunoașterii a ceea ce s-a realizat și care sunt problemele, tendințele și direcțiile cu privire la tema cercetată.

2. *Observația științifică* realizată în două stadii:

- preliminar și
- în timpul cercetării

Observația preliminară a constat în urmărirea omogenității clasei, a nivelului de dezvoltare fizică și motrică, a interesului manifestat la lecții.

Observația în timpul cercetării a constat în urmărirea receptivității elevilor și a influenței efortului asupra organismului acestora, a spiritului de echipă, de punctualitate și disciplină.

3. *Metoda testelor* parametri testați în vederea comparării datelor au fost

- a) de dezvoltare fizică
 - înălțime
 - greutate
 - perimetrul toracic
- b) nivelul unor calități motrice
 - alergarea de viteză pe 30 m
 - alergare de rezistență pe 500 m
 - săritura de pe loc
 - aruncare mingii de oină la distanță de pe loc
 - " NAVETA" proba din Standard Fitness Test-pentru testarea îndemânării în regim de viteză

4. *Metoda statistică* prin calculare mediei aritmetice a grupului ($\bar{X}$)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

unde $\bar{X}$ = media aritmetică

$\sum X$ = suma valorilor individuale

N = Numărul total al subiecților

5. *Tabelarea și reprezentarea grafică a mediilor aritmetice.*

Datele înregistrate la măsurătorile antropometrice și indicii marilor funcțiuni au fost înregistrate în fișe biometrice. Biometria este definită ca totalitatea metodelor de prelucrare matematică a datelor rezultate din măsurătorile făcute asupra organismului.

6. *Măsurători și probe folosite pentru aprecierea eficienței experimentului.*

a) *Măsurători antropometrice*

- *înălțimea* - a fost măsurată de la creștetul capului(vertex) la tălpi, în poziția stând. Aceasta s-a exprimat în centimetri și 1/2 centimetri
- *-greutatea (G)-* s-a măsurat cu un cântar medical decimal și a fost exprimată în kg. Subiectul îmbracat sumar va sta în picioare în mijlocul platformei cântarului.
- *Perimetrul toracic (P.T.)* – s-a efectuat cu o panglică metrică și a fost exprimată în centimetri și 1/2 centimetri. În timpul examinărilor

panglica se așează înapoi sub unghiul omoplaților se trece lateral pe sub brațele ridicate (care apoi sunt lăsate pe lângă corp) și se fixează înaintea deasupra mameloanelor peste areolele mamare (la băieți), iar la fete mezostenal la nivelul coastei a IV a.

Se fac mai multe încercări înregistrându-se cea mai bună.

b) Probe și norme de control privind dezvoltarea calităților motrice

Pentru aprecierea pregătirii fizice generale, a gradului de dezvoltare a capacităților motrice am folosit următoarele probe:

Alergarea de viteză pe distanța de 30 m cu start din picioare, în linie dreaptă, pe teren plat, pe timp frumos.

Cronometrarea timpului înregistrat s-a făcut pentru fiecare elev în parte, pornirea cronometrului făcându-se la ridicarea unui picior de pe sol.

Alergare de rezistență pe distanță de 500 m. S-a făcut pe un traseu pe lângă școală, traseu cunoscut de către subiecți, pe timp frumos, pe două grupe, separat băieți și fete.

Deși în programa școlară la clasele I-IV la aceasta proba nu este prevăzută înregistrarea timpilor, am considerat totuși că se poate face o apreciere mai bună a perfecționării acestei calități tocmai prin înregistrarea rezultatelor. Se înregistrează în minute și secunde.

Săritura în lungime de pe loc. Se realizează desprinderea de pe ambele picioare folosind elanul brațelor și al trunchiului. Lungimea săriturii se măsoară de la linia vârfurilor picioarelor până la cea mai apropiată urmă față de linia de desprindere.

Fiecare elev a avut două încercări, luându-se în considerare performanța cea mai bună. Rezultatul s-a înregistrat în metri și centimetri.

Aruncare mingii de oină de pe loc la distanță. Pe un spațiu dinaintea trasat în metri, elevii au efectuat două aruncări fiecare, fiind notată cea mai bună dintre acestea.

Aruncarea se efectuează pe deasupra umărului (tip zvârlire). În timpul efectuării piciorul din față (opus brațului de aruncare) rămâne fix la sol.

"NAVETA" proba din "Standard Fitness Test". Se trasează pe sol două linii paralele, la distanța de 10 m una de cealaltă. În imediata apropiere, în spatele celor două linii, se trasează câte două cercuri cu diametrul de 50 m unul lângă celălalt. În fiecare din cercurile situate în spatele uneia din linii se pune câte o minge de oină. Executantul se găsește cu picioarele în cele două cercuri care nu au mingi. La semnalul conducătorului executantul trebuie să meargă la cercurile opuse să culeagă câte o minge (pe rând) pe care trebuie să o plaseze în cele două cercuri de unde a plecat. De la semnalul de plecare și până la plasarea celei de-a doua mingi execuția se cronometrează.

Mingile se așează cu mâna, nefiind permisă aruncare lor. Se acordă două încercări cu o pauză de cinci minute și se înregistrează cel mai bun timp.

Tabelul I**Rezultatele cercetării și interpretarea lor măsurătorile antropometrice**

Parametrul	Sex	Nr. caz	Media aritmetică testare inițială	Media aritmetică testare finală	Progres	Media populației proveniente.
înălțimea (cm)	b	9	138,2	140,6	+2,4	134,33 $\pm 6,7$
înălțimea (cm)	f	18	134,5	134,5	+2,5	132,18 $\pm 4,8$
greutatea(kg)	b	9	33,8	36,8	+3	29,47 ± 5
greutatea(kg)	f	18	29,7	32,1	+2,4	26,46 $\pm 4,5$
perimetrul toracic(cm)	b	9	64	66,5	+2,5	64,33 $\pm 4,1$
perimetrul toracic(cm)	f	18	63,6	65,1	+1,5	63,36 $\pm 5,0$

Valorile medii ale parametrilor antropometrici prezentați în tabel prezintă abateri nesemnificative, încadrându-se în dezvoltarea medie a copiilor.

Înălțimea, greutatea din testarea inițială ating valori mai mari la băieți, diferențe ce se manifestă și la testarea finală.

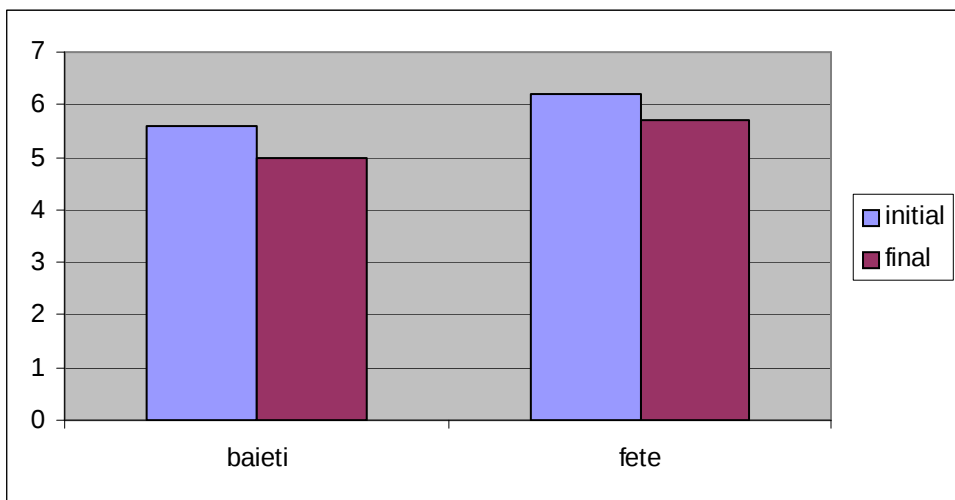
Perimetrul toracic la fete atât la testarea inițială cât și la cea finală ating valori mai mari în comparație cu media pe țară.

ALERGAREA DE VITEZĂ PE 30 m PLAT

Rezultatele obținute la această probă s-au încadrat în datele provenite din "Sistemul unitar de verificare și apreciere a nivelului de pregătire fizica a elevilor".

Tabel II**Valorile medii și notele înregistrate inițial și final**

Sex		Inițial	Final	Progres
b	media notă	5,6 8	5,0 10	0,6 sec. -
f	media notă	6,2 7	5,7 8	0,5sec. -

**Graficul I**

Urmărind tabelul II și graficul I, am constatat că la alergarea de viteză de la testarea inițială la testarea finală rezultatele au evoluat după cum urmează

La băieți, de la media de 5,6- sec. corespunzător notei 8 la media de 0,5-sec corespunzător notei 10. Progresul este de 0,6 sec.

La fete, media a evoluat de la 6,2sec (nota 7) la 5,7sec (nota 8) cu un progres de 0,5 sec.

Tabel III**NOTELE OBTINUTE LA ALERGARE DE VITEZĂ**

Nota	Sex	Nr.cazuri Inițial	Nr.cazuri Final	Procent Inițial	Procent Final
Sub 5	B	-	-	-	-
5	B	1	-	11,1%	-
6	B	-	1	-	11,1%
7	B	1	1	11,1%	11,1%
8	B	4	1	44,4%	11,1%
9	B	2	3	22,2%	33,3%
10	B	1	3	11,1%	33,3%
Sub 5	F	-	-	-	-
5	F	1	1	5,5%	5,5%
6	F	7	3	38,8%	16,6%
7	F	5	3	27,7%	27,7%
8	F	1	5	-	16,6%
9	F	4	3	22,2%	16,6%
10	F	1	3	5,5%	5,5%

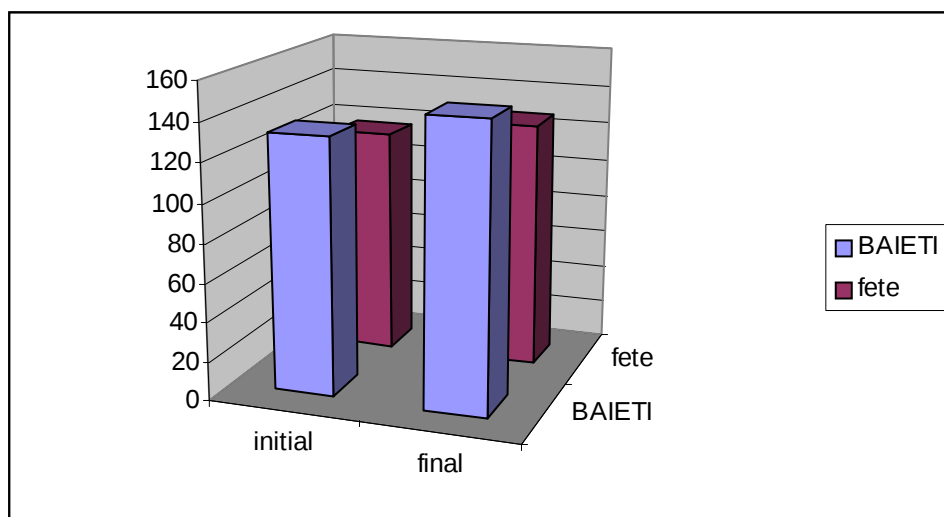
Dacă la testarea inițială am avut un băiat cu nota 5 (procent 11,1%) și 7 fete (procent 38,8%) cu nota 6, iar notele de 9 și 10, 3 cazuri la băieți și 1 caz de 10 și 4 de nota 9 la fete; la testarea finală rezultatele sunt mult mai bune: 66,6% la băieți și 33,2% la fete din totalul fetelor încadrându-se la nivelul notelor de 9 și 10.

SARITURA ÎN LUNGIME DE PE LOC

Tabel IV

VALORILE MEDII SI NOTELE ÎNREGISTRATE INITIAL SI FINAL

Sex		Inițial	Final	Progres
Băieți	Media	132	146	14cm
	Nota	7	9	
Fete	Media	117	127	10cm
	Nota	7	8	



GRAFICUL II- privin evoluția mediei la săritura în lungime de pe loc

Urmărind Tabelul IV și graficul II de la săritura în lungime de pe loc vom putea observa evoluția rezultatelor de la testarea inițială la testarea finală astfel

La băieți de la o medie de 132 cm (corespunzător notei 7) la 146 cm (corespunzător notei 9) cu un progres de 14 cm.

La fete de la o medie de 117 cm (nota 7) la 127 cm (nota 8) cu un progres de 10 cm.

Progresul înregistrat de băieți la această probă este semnificativ mai mare față de cel al fetelor.

Tabelul V**NOTELE OBTINUTE LA SĂRITURA ÎN LUNGIME DE PE LOC**

Nota	Sex	Nr.cazuri inițial	Nr.cazuri final	Procent initial	Procent final
Sub 5	B	-	-	-	-
5	B	1	2	11,1%	-
6	B	1	-	11,1%	22,2%
7	B	1	1	11,1%	-
8	B	2	3	22,2%	11,1%
9	B	2	3	22,2%	33,3%
10	B	2	-	22,2%	33,3%
Sub 5	F	-	-	-	-
5	F	1	-	5,5%	-
6	F	5	2	27,7%	-
7	F	2	4	11,8%	-
8	F	3	3	16,6%	-
9	F	4	4	22,2%	-
10	F	3	5	27,7%	-

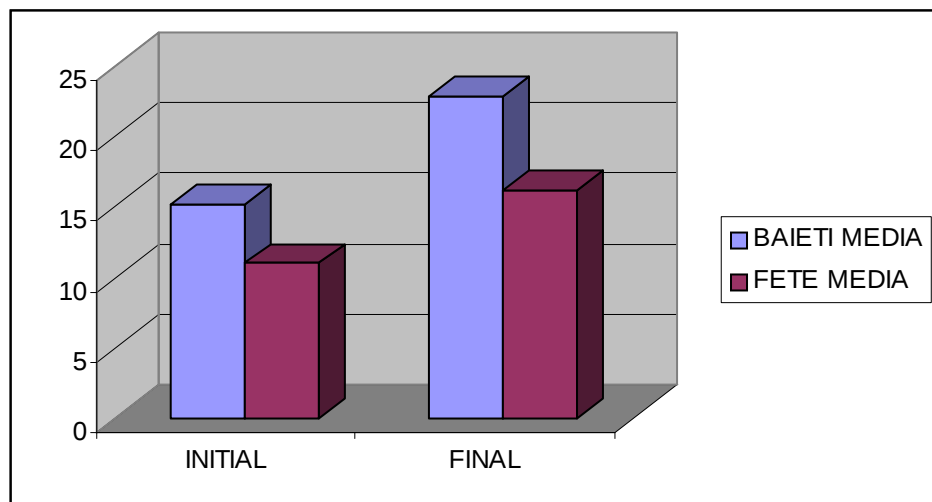
Din tabelul V se poate observa că la testarea inițială la băieți am avut un băiat cu nota 5, unul cu nota 6, unul cu 7(procent 33,3%) și cinci fete cu nota 6 (procent 27,7%), iar cu note de 9 și 10 patru cazuri la băieți (44%) și 7 cazuri la fete(38,8%).

La testarea finală rezultatele sunt mult mai bune 6 băieți cu note între 9 și 10 (66,6%) și 9 fete cu note între 9 și 10 (49,9%).

ARUNCAREA MINGII DE OINĂ DE PE LOC

TABELUL VI privind evoluția mediei și a notelor obținute la aruncare mingii de oină de pe loc.

Sex		Initial	Final	Progres cm
Baieti	Media	15,18	22,85	767
	Nota	7	8	
Fete	Media	11	16,16	516
	Nota	6	8	



GRAFICUL III privind evoluția mediei

Tabelul VII

NOTELE OBTINUTE LA ARUNCAREA MINGII DE OINĂ

Nota	Sex	Nr.cazuri initial	Nr.cazuri final	Procent initial	Procent final
Sub 5	B	-	-	-	-
5	B	1	1	11,1%	11,1%
6	B	4	1	44,4%	11,1%
7	B	2	-	22,25	-
8	B	-	1	-	11,1%
9	B	2	2	22,2%	22,2%
10	B	-	4	-	44,4%
Sub 5	F	1	-	5,5%	-
5	F	4	-	22,2%	-
6	F	6	2	33,3%	11,1%
7	F	1	3	5,5%	16,6%
8	F	2	4	11,1%	22,2%
9	F	2	5	11,1%	27,7%
10	F	2	5	11,1%	27,7%

Valorile medii înregistrate la această probă (tabelul VI și graficul III) sunt 15,8 inițial și 22,85 final cu un progres de 767 cm la băieți respectiv 11,00 m inițial și 16,16 m final, cu un progres de 516 cm la fete.

În această probă cu toate că progresul final al băieților este mai mare decât al fetelor media finală a fetelor (16,16 m) corespunde notei 8 iar cea a băieților (22,85m) corespunde de asemenea notei 8.

Din analiza tabelului VII (cu frecvența notelor obținute) observăm că inițial cinci cazuri (55,5%) la băieți și unsprezece cazuri (61%) la fete au obținut note de 6 și cinci sub 5.

La testarea finală rezultatele sunt mult mai bune: șapte băieți (77,7%) patrusprezece fete (77,6%) înregistrează note peste 8.

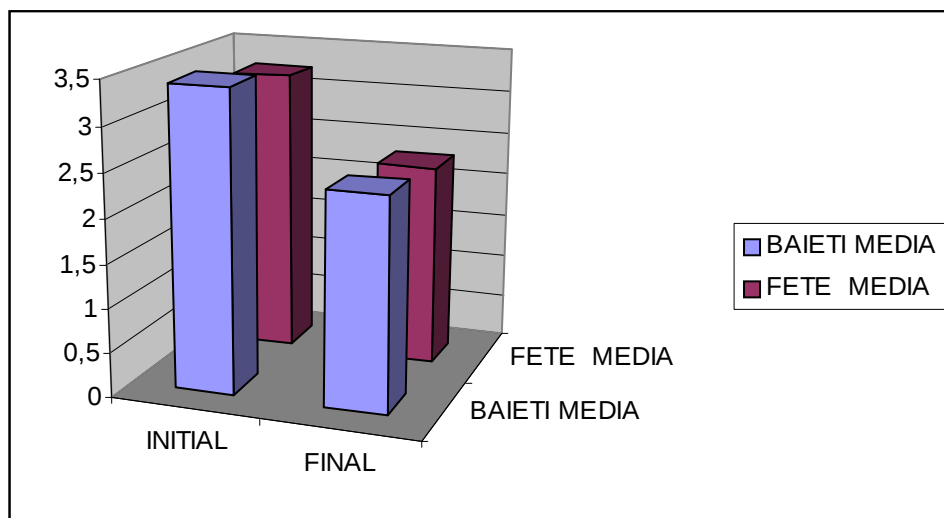
Cu toate că progresul final al băieților este mai mare decât al fetelor, de remarcat este și faptul că numai patru băieți reprezentând 66,6 % obțin rezultate de nota 10, față de cinci fete respectiv 27,7 % care obțin aceleași rezultate.

ALERGAREA DE REZISTENȚĂ (500 m)

Tabelul VIII

VALORILE MEDII, NOTELE, PROGRESUL ÎNȚĂL ȘI FINAL

Sex		Initial	Final	Progres
Baieti	Media	3,41	2,4	1 10
	Nota	7	9	
Fete	Media	3,24	2,29	1 35
	Nota	7	9	



GRAFICUL IV - privind evoluția mediei

Tabelul IX**NOTELE OBTINUTE (FRECVENȚA CAZURILOR) LA ALERGAREA DE
REZISTENȚĂ**

Nota	Sex	Nr.cazuri inițial	Nr cazuri final	Procent initial	Procent final
5	B	-	-	-	-
6	B	4	-	44,4%	-
7	B	3	-	33,3%	-
8	B	-	1	-	11,1%
9	B	-	1	-	11,1%
10	B	2	7	22,1%	77,7%
5	F	-	-	-	-
6	F	9	1	50%	5,5%
7	F	5	1	27,7%	5,5%
8	F	2	1	11,1%	5,5%
9	F	2	11	11,1%	61,1%
10	F	1	4	5,55	22,2%

Din tabelul VIII și graficul IV, constatam următoare evoluție a rezultatelor la alergarea de rezistență:

La băieți de la o medie de 3,24 min., corespunzător notei 7 la o medie de 2,40 min., corespunzător notei 9, cu un progres de 1,01 min.

La fete de la o medie de 3,24 min. (nota 7) la o medie de 2,89 min (nota 9) cu un progres de 1,35 min.

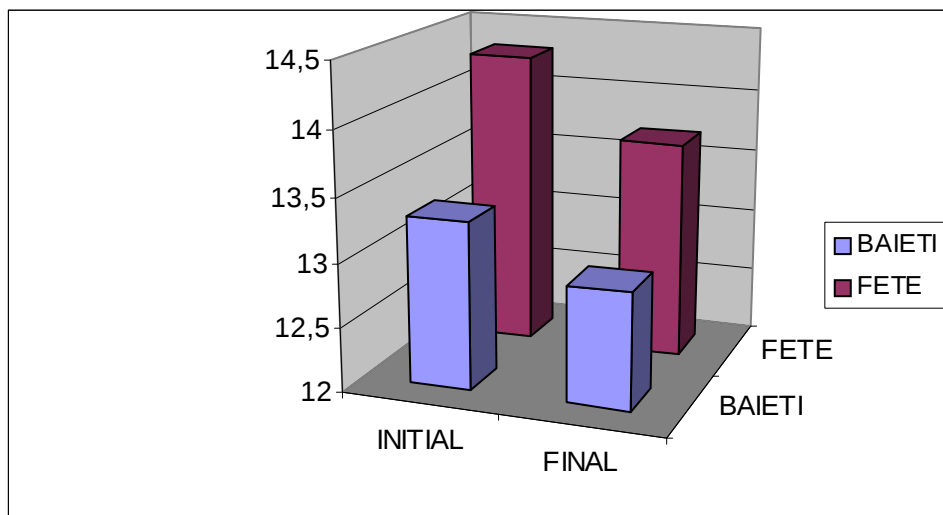
La testarea inițială media înregistrată de fete este mai mică decât a băieților.

Urmărind tabelul IX, prezentat la această probă, se observă că la testarea inițială grupa de băieți are șapte cazuri, respectiv 77,7% care au obținut note sub 8, iar grupa de fete înregistrează patrusprezece cazuri reprezentând 77,7% care au obținut note sub 8.

La testarea finală raportul se modifică, graficul ne indică o creștere a frecvenței pe intervalul notelo 8 și 10. Astfel băieții înregistrează nouă cazuri (99,9%) cu toate peste 7, iar la fete înregistrăm șasesprezece cazuri (88,8) cu nota peste 7.

NAVETA**Tabelul X****PRIVIND EVOLUȚIA MEDIEI ȘI A PROGRESULUI ÎNREGISTRAT LA
ACEASTĂ PROBĂ**

Sex	Inițial	Final	Progres
Băieți	13,3	12,9	4 Sec
Fete	14,3	13,7	7 Sec



GRAFICUL V privind evoluția mediei la proba "Naveta"

Urmărind tabelul X și graficul V prezentat la aceasta probă, constatăm că evoluția rezultatelor este următoarea:

- la băieți de la o medie de 13,3 sec (testarea inițială) la 12,9 sec (testarea finală).
- la fete de la o medie de 14,3 sec (testarea inițială) la 13,7 sec (testarea finală) progresul fiind 7 sec.

Progresul înregistrat de fete este superior băieților.

CONCLUZII:

În urma prelucrării datelor măsurătorilor se desprind următoarele concluzii:

Atât învățătorul cât și profesorul trebuie să se pregătească cu responsabilitate pentru fiecare lecție. În acest scop, pornind de la locul și rolul educației fizice școlare și obiectivele acesteia, luând în considerare modul și particularitățile ei, printr-o raționalizare a mijloacelor și prin metode adecvate se ajunge la un rezultat final susținut însuși de experiment.

Jocurile alese care vizează dezvoltarea calităților motrice trebuie selecționate cu multă competență pentru a satisface temele propuse și a realiza în final integrarea elevilor prin educația fizică în ansamblul general al cerințelor și implicit al randamentului școlar.

Cu cât calitățile motrice au o valoare mai ridicată cu atât mai repede se pot însuși și deprinderile motrice, dezvoltarea calităților motrice în cadrul lecției ocupând astfel un loc important.

Jocurile de mișcare sunt urmărite și acceptate cu interes deosebit de copii din clasele primare.

În ceea ce privește înălțimea, greutatea și perimetrul toracic se stabilesc următoarele:

- la înălțime și greutate atât băieții cât și fetele se încadrează în valorile medii pe țară
- perimetrul toracic la fete atât la testarea inițială cât și la cea finală ating valori mai mari în comparație cu media pe țară.

Referitor la dezvoltarea calităților motrice putem arăta următoarele:

- la unele probe ca : alergarea de viteză și naveta s-a obținut o creștere mai puțin semnificativă
- la celelalte :săritura în lungime de pe loc, aruncarea mingii de oină de pe loc și alergarea de rezistență s-au obținut creșteri evidente.

Prin rezultatele obținute la toate probele s-a adevărit importanța jocurilor de mișcare în dezvoltarea calităților motrice, dar și posibilitatea ca acestea să fie în continuare selectate cu eficiență.

Putem concluziona deci, că jocurile de mișcare au avut o influență pozitivă în obținerea rezultatelor experimentului realizat.