

## LATERALITATEA ȘI ROLUL EI ÎN ATENUAREA TULBURĂRILOR PSIHOMOTRICE

Agape A.

Universitatea “Alexandru Ioan Cuza ”, Strada Toma Cozma, nr. 3, Iași

Telefon secretariat: +40 (232) 201 026, E-mail: admefs@uaic.ro, Cod poștal: 700554

Îndrumător: Conferențiar Univ. Dr. Abălașei Beatrice

Am ales această temă deoarece am remarcat faptul că majoritatea lucrărilor în domeniul psihomotricității vizează, în principal, aspecte legate de tulburările psihomotrice, iar preocupările se focalizează mai ales pe *reeducarea* componentelor psihomotricității sau pe evidențierea corelațiilor dintre tulburările psihomotrice și tulburările la nivelul diferitelor procese psihice.

Lucrarea pornește de la premisa că identificarea precoce a tipului de lateralitate și aplicarea unui program de exerciții corective specifice, duce la ameliorarea altor tulburări din sfera psihomotricității.

Scopul acestei lucrări a fost acela de a evidenția rolul deosebit de important al lateralității în raport cu alte tulburări psihomotrice, prin aplicarea unui experiment care vizează două fenomene de tulburare psihomotrică.

În vederea culegerii datelor, prelucrării și interpretării lor am utilizat metoda studiului studiului bibliografic, a observației, a experimentului, a înregistrării și întabelării rezultatelor și cea grafică.

În vederea întocmirii studiului am utilizat testul Ozeretsky-Guillmain și teste specifice lateralității.

În urma rezultatelor obținute, presupunerea a fost confirmată, lucru care a dus la concluzia că lateralitatea prezintă un rol important în atenuarea altor tulburări psihomotrice.

Cuvinte cheie: tulburări, ambidextrie, test Ozeretsky – Guillmain, exerciții, îmbunătățire.

# ROLUL KINETOTERAPIEI ÎN PARALIZIA FACIALĂ

**Aionesă Teodora Elena**

**Coordonator: Lector dr. Hodorcă Raluca-Mihaela**

*Universitatea "Alexandru Ioan Cuza" Iași, Facultatea de Educație Fizică și Sport*

*Specializarea: Kinetoterapie și motricitate specială*

Tel. 0742.830.945 Email: aionesateodora@yahoo.ro

## **Rezumat :**

Paralizia facială este o afecțiune din sfera neurologică dată în general de lezarea nervului facial VII sau urmare a unui accident vascular cerebral, după această clasificare se deosebesc paralizia facială periferică și cea centrală. Această afecțiune manifestă simptome specifice cum ar fi modificări caracteristice a unei hemifete sau ambele și imposibilitatea mișcării, mai mult sau mai puțin severe.

Ipoteza: Presupunem că printrun program kinetoterapeutic corect utilizat, paralizia facială poate recuperată mai mult sau mai puțin în funcție de toți factorii ce o influențează.

Scopul lucrării: Scopul cercetării a fost acela de a demonstra dacă ipoteza de la care am plecat va fi confirmată sau infirmat, prin rezultatele obținute în urma aplicării tratamentului de kinetoterapie.

Material și metode: Ședințele de kinetoterapie s-au desfășurat pe parcursul lunii Martie în care pacientul a beneficiat de 12 ședințe de tratament. Am avut un singur pacient cu vârsta de 60 de ani, având diagnosticul de paralizie facială periferică pe partea dreaptă.

Rezultate obținute: În urma ședințelor de care a beneficiat, pacientului i s-a îmbunătățit tonusul muscular, de la valoare de 1 spre 2 (unde 1 reprezintă hipotensive musculară, iar 2 mușchi aton conform lui Robănescu N.), la 1. Pacientul și-a îmbunătățit și anumite expresii faciale, mobilitatea la nivelul feței fiind mai ridicată decât era înaintea începerii tratamentului, ceea ce a dus totodată și la creșterea stimei de sine, dar și îmbunătățirea activităților zilnice.

Concluzii: În urma rezultatelor obținute în această cercetare, se poate observa faptul că tratamentul și mijloacele utilizate au fost eficiente, iar pacientul prezintă îmbunătățiri a stării fizice cât și psihice.



# RESPIRAȚIA ȘI POZIȚIA CORECTĂ A CORPULUI – FACTORI DECISIVI ÎN DEZVOLTAREA ARMONIOASĂ A CORPULUI

ALEXA C., Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport, Specializarea Kinetoterapie Și Motricitate Specială, tel: 0746697036, email: allexaclaudia@yahoo.com.

Coordonator: Conf. Univ. Dr. DROSESCU Paula

Menținerea unei poziții corecte a corpului deschide căile respiratorii asigurând o mai bună și mai profundă respirație, iar o consecință a acestui fapt este un plus de oxigen disponibil și transportat în organism, ceea ce garantează că sistemul nervos, mușchii și organele funcționează mai eficient.

**Ipoteza:** presupun că prin educarea posturii și respirației influențez dezvoltarea armonioasă a corpului.

**Scopul lucrării:** Prin lucrarea de față îmi propun să demonstrez faptul că, prin intermediul unor programe de exerciții ce se adresează respirației și posturii, voi contribui la dezvoltarea armonioasă a corpului.

**Material și metode:** Eșantionul de subiecți sunt elevi ai Școlii Speciale *Constantin Păunescu*, Iași, încadrați în clasa a VIII-a. Acești elevi sunt în număr de 10 și au vârste cuprinse între 15 și 18 ani. Programul de exerciții specifice posturii și respirației a fost efectuat în cadrul orei de Educație Fizică și Sport.

**Teste utilizate:** Examenul somatoscopic, elemente somatometrice (perimetrul toracic în repaus, în inspir profund și expir forțat, greutate, talie) cu ajutorul cărora am urmărit evoluția indicelui de masă corporală, elasticitatea pulmonară, indicele de armonie Erismann.

**Rezultate:** Cu ajutorul graficelor se observă variații ne semnificative ale indicilor urmăriți. Conform graficelor obținute la finalul studiului putem spune că ipoteza inițială a fost parțial infirmată. Consider că acest lucru s-a produs din cel puțin două considerente: intervalul scurt de desfășurare a studiului și frecvența scăzută a programelor de exerciții fizice prevăzute.

**Concluzii:** Deși ipoteza a fost parțial infirmată, în urma desfășurării studiului s-a putut constata faptul că subiecții care au obținut o creștere a elasticității pulmonare au înregistrat în același timp și o îmbunătățire la nivel de postură, în primul rând și cel mai vizibil, redresarea poziției umerilor care inițial erau aduși în față. Acest fapt a permis o deschidere mai amplă a cutiei toracice, îmbunătățind funcția respiratorie.

**Cuvinte cheie:** elasticitate pulmonară, indice de masă corporală, indice de armonie Erismann.



# ROLUL KINETOTERAPIEI DUPĂ FRACTURILE OSTEOPOROTICE

**Alistar E. I.<sup>1</sup> (Alistar Elena Ionela)**

**Coordonator: Lector dr. Hodorcă Raluca- Mihaela**

*<sup>1</sup>Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport, Specializarea: Kinetoterapie Și Motricitate Specială*

*Tel: 0741353266, Email: [alistar.elena.ionela@gmail.com](mailto:alistar.elena.ionela@gmail.com).*

## **Rezumat**

Osteoporoza este o boală caracterizată de reducerea masei osoase și deteriorarea microarhitecturii țesutului osos, care duc la o creștere a fragilității osoase, cu creșterea consecutivă a riscului de fractură.

*Ipoteza:* Presupunem că tratamentul kinetic asociat cu medicația adecvată este mai eficient în recuperarea fracturii osteoporotice, contribuind la stărnirea acesteia și la îmbunătățirea calității vieții pacientului.

*Scopul lucrării:* este de a arăta dacă ipoteza de la care am plecat va fi confirmată sau infirmată, prin rezultatele obținute în urma aplicării tratamentului de kinetoterapie.

*Material și metode:* Ședințele de kinetoterapie s-au desfășurat la domiciliul pacientului cu o frecvență de 2-3 sedințe pe săptămână din luna noiembrie până în luna iunie. Am avut o singură pacientă, cu vârsta de 82 de ani și cu diagnosticul de fractură pertrohanteriană dreapta cu deplasare. Teste utilizate au fost evaluarea durerii, testul articular, testul muscular, evaluarea activităților motorii cotidiene și evaluarea mersului.

*Rezultate:* În urma programului de kinetoterapie, pacienta B. V., a înregistrat o scădere a durerii pe scala analog vizuală a lui Chris Adams, de la 7 la 2, a obținut o îmbunătățire a mobilității articulare pe toate mișările articulației coxo-femorale, în special pe mișcarea de flexie pasivă a șoldului, de la 76° la 110°. Pacienta a obținut și o creștere a forței musculare precum și o îmbunătățire a activităților motorii cotidiene. Totodată, aceasta a obținut în urma programului aplicat independența de deplasare.

*Concluzii:* Concluziile la care am ajuns în urma efectuării cercetării, demonstrează că mijlocul de tratament fizical, ce nu poate fi înlocuit de către alt mijloc recuperator, este kinetoterapia, el ocupând un loc central în recuperarea funcției pierdute. Totodată ipoteza studiului a fost confirmată.

**Cuvinte cheie:** *articulația coxo-femurală, recuperare, factori, clasificare, forță musculară.*

**Universitatea „Al. I. Cuza” din Iași  
Facultatea de Educație Fizică și Sport  
Specializarea Kinetoterapie**

**LUCRARE DE LICENȚĂ**  
**REZUMAT**

**Coordonator științific:**

**Lect. Univ. Dr. *UNGUREAN BOGDAN***

**Absolvent:**

***Alssamawi Mahmoud***

**IAȘI**

**2018**

# **Aspecte morfo-funcționale la copiii cu Sindrom Down**

# **PLANUL LUCRĂRII**

## ***CAPITOLUL I – ASPECTE TEORETICE***

I.1. Drepturile copilului cu dizabilități

I.2. Aspecte privind dizabilitatea mentală

I.3. Precizări terminologice

I.3.1. Tipurile de deficiențe

I.4. Principii didactice aplicabile învățământului special

I.5. Obiectivele educației fizice și sportului adaptat

I.5.1. Obiective specifice

I.5.2. Obiectivele activității de educație fizică și sport adaptat pentru persoanele cu deficiențe mintale

I.6. Caracteristici ale copilului cu sindrom Down

I.7. Activități motrice adaptate persoanelor cu deficiența mintală

## ***CAPITOLUL II METODOLOGIA CERCETĂRII***

II.1. Ipoteza, scopul și sarcinile cercetării

II.2. Motivarea realizării temei

II.3. Metode de cercetare utilizate în studiu

II.4. Măsurători efectuate

## ***CAPITOLUL III APLICAȚII, REZULTATE, DISCUȚII***

III.1. Aplicații

III.2. Rezultatele testelor

III.3. Discuții referitoare la rezultatele obținute

***Concluzii***

***Bibliografie***

***Anexe***

***Precizări terminologice***

ONU estima, în anul 1950, că aproape 3 % din populația globului suferea de un tip sau altul de incapacitate. În anul 1983, statisticile ONU estimau un număr de peste 500 de milioane de persoane cu dizabilități (deficiențe) fizice, mentale sau senzoriale.

Adăugând la acest număr membrii de familie afectați de necesitatea de a se ocupa de o persoană cu deficiențe, ar însemna că aproximativ 25% din populația globului ar fi implicată.

Analiza diferitelor tipuri de dizabilități (mentale, fizice, senzoriale, de limbaj sau asociate) presupune o abordare interdisciplinară, utilizând concepte din domeniul medicinei generale, psihiatriei, neurologiei, psihologiei, pedagogiei, geneticii, sociologiei etc. (Cozma, Gherguț, 2000).

Literatura de specialitate utilizează o serie de termeni sinonimi pentru a desemna dizabilitatea mentală, dintre care cei mai frecvenți sunt: deficiență mentală, disabilitate mentală, întârziere mentală, înapoiere mentală, oligofrenie, arierare mentală, retard mental, insuficiență mentală, subnormalitate mentală, retard intelectual, handicap mental, debilitate mentală, amenție, alterarea comportamentului adaptiv etc.

Istoricul abordării științifice a deficienței mentale a fost făcut, în cadrul literaturii românești de specialitate, de autori ca Mariana Roșca (1967), Ș. Ionescu (1975), Arcan și Ciumăgeanu (1980). De asemenea, o perspectivă mai mult decât cuprinzătoare asupra acestui subiect poate fi găsită în lucrarea „Debitățile mintale” (coord. R. Zazzo, 1979).

## ***METODOLOGIA CERCETĂRII***

### ***II.1. Ipoteza, scopul și sarcinile cercetării***

Am pornit de la următoarea *ipoteză*: **Presupunem că, valorile indicilor morfologici sunt afectate la copiii cu sindrom Down .**

**Scopul** lucrării este evaluarea unor parametri morfo-anatomo-funcționali la copiii normali, la copiii cu dizabilitate mentală și sindrom Down în vederea caracterizării morfo-funcționale și a perturbărilor acesteia.

**Sarcinile cercetării** pot fi rezumate la: adunarea și studierea literaturii de specialitate, testarea unui număr de elevi în vederea acumulării unui material cât mai real și bogat, prelucrarea datelor colectate pe baza metodelor statistico-matematice, care să ne furnizeze o interpretare cât mai obiectivă, elaborarea concluziilor desprinse în urma cercetării efectuate.

## ***II.2. Motivarea realizării temei***

Posibilitățile, altă dată incredibile ale persoanelor cu handicap, precum și dorința lor permanentă de autodepășire a propriilor performanțe, coroborate cu dorința de competiție specifică omului, au făcut ca atitudinea activităților motrice să fie reorientată către activitatea sportivă adaptată persoanelor cu handicap.

În pofida remarcabilelor succese ale biologiei moleculare, până în prezent nu dispunem de o *definiție riguroasă a vieții*, astfel că în mod obișnuit ne limităm doar la caracterizarea sistemelor vii prin însușirile lor esențiale, ceea ce permite descrierea termodinamică a acestora. Organizația mondială a sănătății (O.M.S), consideră îmbunătățirea calității vieții unul din scopurile majore ale medicinei moderne.

În literatura de specialitate, există termeni specifici pentru persoanele care se abat de la normalitate (ca semnificație generală), privind întreaga dezvoltare psihofizică, unele aspecte rămânând în urmă, fizic, motric, senzorial sau mental. Astfel „normal” ar însemna, adaptare echilibrată la mediu și raportare la grup de aceeași vârstă și mediu cultural „anormal”, adică cu abateri peste standard, insuficiențe, retard în dezvoltare, afecțiuni fizice, de comportament, senzoriale etc.

## ***II.3. Metode de cercetare utilizate în studiu***

Plecând de la explicarea termenului de metodologie: META = după; ADOS = cale, ajungem la definiția că METODA este calea pe care se poate ajunge la obținerea de rezultate noi îndreptate spre optimizarea actului educațional.

Pentru realizarea lucrării de față s-au folosit următoarele metode de cercetare:

1. Studiul bibliografic
2. Observația pedagogică
3. Metoda statistico-matematică
4. Metoda reprezentărilor grafice

## ***Măsurători efectuate***

Măsurătorile și testările s-au efectuat în perioada anului școlar 2017 - 2018. Pentru evaluarea subiecților am utilizat următoarea fișă:

### ***Fisă de evaluare***

Nume prenume:

Data nașterii:

Sex: M/F

Diagnostic (IQ) .....

### ***Parametri morfologici***

Nr. crt.	Nume și prenume	Talia	Anvergura	Greutatea	Lung.membr. inferioare	Bust	Perimetrul toracic		
							Inspir	Expir	Repaus
1									
2									

### ***APLICAȚII, REZULTATE, DISCUȚII***

#### ***Aplicații***

Subiecții incluși în cercetare sunt repartizați după cum urmează în *Tabelul 1*.

*Tabelul 1.* Repartiția subiecților pe unități de învățământ

Nr. crt.	Unitatea de învățământ	Nr. de subiecți	Vârsta în ani		Observație cazuistică
			12 - 14	14 - 18	
1.	Liceul "G. Ibrăileanu" Iași	10	9	1	Fără dizabilități
2.	Centrul Școlar "C. Păunescu" Iași	10	6	4	Dizabilitate mentală ușoară
3.	Centrul Școlar "C. Păunescu" Iași	10	2	8	Dizabilitate mentală severă
4.	Centrul Școlar "C. Păunescu" Iași	5	2	3	Sindrom Down

#### ***Locul desfășurării***

Activitățile au avut loc în sala de sport, precum și în cabinetul de kinetoterapie al Centrului Școlar „Constantin Păunescu” Iași. La Liceul „G. Ibrăileanu” Iași am utilizat doar sala de sport.

#### ***Materiale necesare***

În desfășurarea cercetării, am utilizat următoarele materiale: metru, ruletă, bandă metrică, bănci de gimnastică, saltele, taliometru, cântar electronic.

### Discuții referitoare la rezultatele obținute

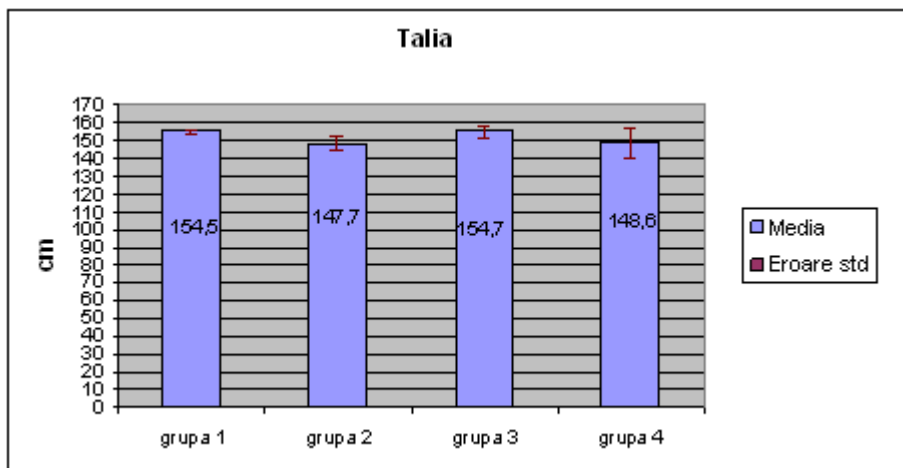
#### Rezultate privind parametrul talie

Tabel 6. Unele caracteristici ale taliei la copiii normali și la copiii cu dizabilități

Grupa	N	M	M%	E.Std.	C.V.%
Grupa 1	10	154,5	100%	1,51	3,1
Grupa 2	10	147,7	95,59%	3,76	8,06
Grupa 1	10	154,5	100%	1,51	3,1
Grupa 3	10	154,7	100,12%	3,62	7,41
Grupa 1	10	154,5	100%	1,51	3,1
Grupa 4	5	148,6	96,18%	8,51	12,82
Grupa 2	10	147,7	95,59%	3,76	8,06
Grupa 3	10	154,7	100,12%	3,62	7,41
Grupa 2	10	147,7	95,59%	3,76	8,06
Grupa 4	5	148,6	96,18%	8,51	12,82
Grupa 3	10	154,7	100,12%	3,62	7,41
Grupa 4	5	148,6	96,18%	8,51	12,82

**Legendă:** N - numărul de subiecți; M - media aritmetică; M% - media procentuală; E.Std. - eroarea standard medie; C.V.% - coeficientul de variație;

În urma calculării mediilor la *talie*, putem evidenția faptul că grupa copiilor normali și a celor cu dizabilitate mentală severă au valori foarte apropiate, 154,5 cm și respectiv 154,7 cm (conform graficului 1). Cea mai mare diferență se evidențiază între grupa copiilor normali (154,5cm) și grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară (147,7cm), aceasta având o valoare de 6,8 cm. Valori apropiate se evidențiază și între grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară (147,7cm) și grupa copiilor cu sindrom Down (148,6).



Graficul 1. Valorile medii și erorile standard ale taliei pentru grupele 1, 2, 3, 4.



Valoarea coeficientului de variație (*Tabelul 6*) arată faptul că toate cele patru grupe sunt omogene. Cea mai omogenă este grupa copiilor normali (CV = 3,1%), iar cel mai mare coeficient de variație se înregistrează la grupa copiilor cu sindrom Down, având o valoare de 12,82 %.

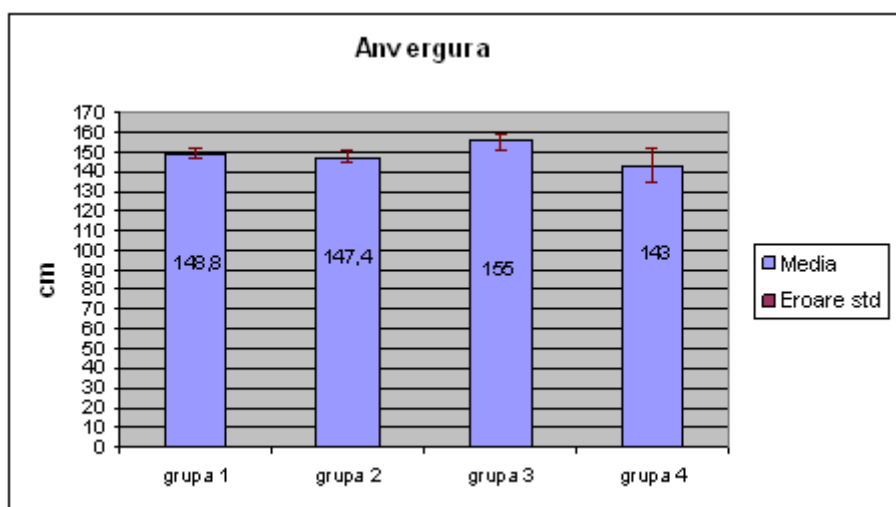
*Date referitoare la anvergură*

*Tabel 7. Unele caracteristici referitoare la anvergură pentru copiii normali și copiii cu dizabilități*

Grupa	N	M	M%	E.Std.	C.V.%
Grupa 1	10	148.8	100%	2.88	6.14
Grupa 2	10	147.4	99.05%	3.38	7.25
Grupa 1	10	148.8	100%	2.88	6.14
Grupa 3	10	155	104.83%	4.42	9.04
Grupa 1	10	148.8	100%	2.88	6.14
Grupa 4	5	143	96.20%	9.03	14.13
Grupa 2	10	147.4	99.05%	3.38	7.25
Grupa 3	10	155	104.83%	4.42	9.04
Grupa 2	10	147.7	99.05%	3.38	7.25
Grupa 4	5	143	96.20%	9.03	14.13
Grupa 3	10	155	104.83%	4.42	9.04
Grupa 4	5	143	96.20%	9.03	14.13

După cum se observă în graficul 2, valorile medii ale *anvergurii* variază între un minim de 143 cm la grupa copiilor cu sindrom Down și un maxim de 155 cm la grupa copiilor cu dizabilitate mentală severă.

În urma calculării coeficientului de variație (*Tabelul 7*), se constată că grupele sunt omogene cu valori ale CV cuprinse între 6,14% și 14,13%.



*Graficul 2. Valorile medii și erorile standard pentru anvergură la grupele 1, 2, 3, 4.*

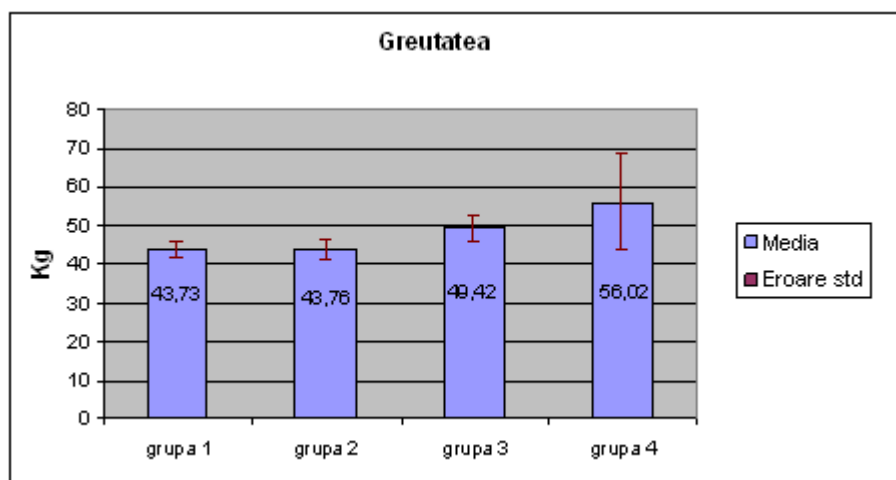
Cele mai apropiate valori se înregistrează între grupa copiilor normali (148,8 cm) și grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară (147,4cm). Valori apropiate se mai înregistrează și între grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară (147,4 cm) și grupa copiilor cu sindrom Down (143 cm) (conform *Graficului 2*).

#### *Rezultate referitoare la greutate*

*Tabel 8. Unele caracteristici referitoare la greutate pentru copiii normali și la copiii cu dizabilități*

Grupa	N	M	M%	E.Std.	C.V.%
Grupa 1	10	43,73	100%	1,91	13,85
Grupa 2	10	43,76	100,92%	2,79	21,45
Grupa 1	10	43,73	100%	1,91	13,85
Grupa 3	10	49,42	113,01%	3,36	21,56
Grupa 1	10	43,73	100%	1,91	13,85
Grupa 4	5	56,02	128,10%	12,37	49,41
Grupa 2	10	43,76	100,92%	2,79	21,45
Grupa 3	10	49,42	113,01%	3,36	21,56
Grupa 2	10	43,76	100,92%	2,79	21,45
Grupa 4	5	56,02	128,10%	12,37	49,41
Grupa 3	10	49,42	113,01%	3,36	21,56
Grupa 4	5	56,02	128,10%	12,37	49,41

Analizând *Graficul 3*, referitor la **greutate**, putem observa ca grupele 1 și 2 au valori foarte apropiate, 43,73 kg pentru grupa copiilor normali, respectiv 43,76 kg pentru grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară. Cea mai mare diferență se înregistrează între grupa copiilor normali (43,73 kg) și grupa copiilor cu sindrom Down (56,02 kg), aceasta având o valoare de 12,29 kg.



*Graficul 3. Valorile medii și erorile standard pentru greutate la grupele 1, 2 ,3, 4.*

Analizând coeficientul de variație din *Tabelul 8*, putem afirma că cea mai omogenă este grupa 1 cu o valoare a CV de 13,85%. Grupele 2 și 3 sunt relativ omogene, cu valori foarte apropiate ale coeficientului de variație, 21,45 pentru grupa 2 respectiv 21,56 pentru grupa 3. Grupa 4 este eterogenă din acest punct de vedere, înregistrând o valoare a coeficientului de variație de 49,41.

#### *Rezultate asupra lungimii membrilor inferioare*

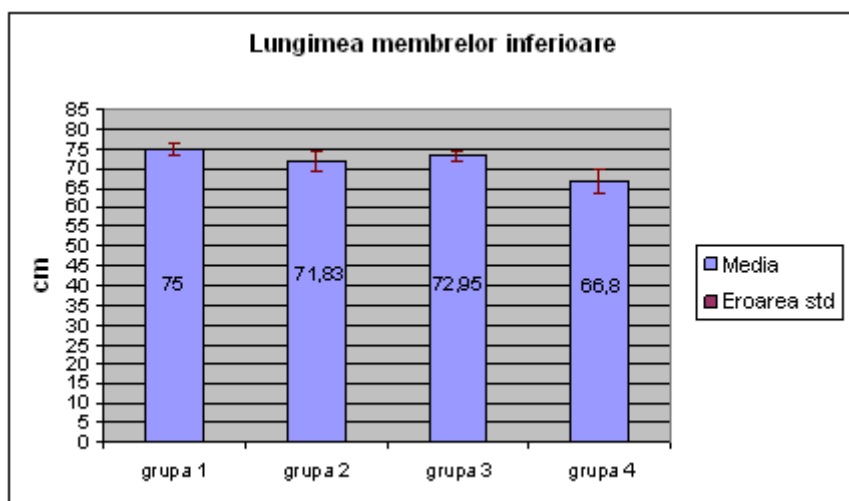
Luând în considerare valorile coeficientului de variație (conform *Tabelului 9*), se poate observa faptul că cele mai omogene sunt grupele 1 și 3 cu valori foarte apropiate (C.V. = 5,59% respectiv C.V. = 5,96%). Omogenitate bună prezintă și grupa 4 (C.V. = 10,82%), grupa 2 fiind mai puțin omogenă are un coeficient de variație de 24,02.

*Tabel 9.* Unele caracteristici referitoare la lungimea membrilor inferioare pentru copiii normali și copiii cu dizabilități

<b>Grupa</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>M%</b>	<b>E.Std.</b>	<b>C.V.%</b>
Grupa 1	10	75	100%	1,32	5,59
Grupa 2	10	71,83	95,77%	2,64	11,64
Grupa 1	10	75	100%	1,32	5,59
Grupa 3	10	72,95	97,26%	1,37	5,96
Grupa 1	10	75	100%	1,32	5,59
Grupa 4	5	66,8	89,06%	3,23	10,82
Grupa 2	10	71,83	95,77%	2,64	11,64
Grupa 3	10	72,95	97,26%	1,37	5,96
Grupa 2	10	71,83	95,77%	2,64	11,64
Grupa 4	5	66,8	89,06%	3,23	10,82
Grupa 3	10	72,95	97,26%	1,37	5,96
Grupa 4	5	66,8	89,06%	3,23	10,82

După cum se observă din *Graficul 4* valorile medii ale *lungimii membrilor inferioare* variază între 66,8 cm la grupa copiilor cu sindrom Down (minim) și un maxim de 75 cm la grupa copiilor normali. Diferența între aceste două grupe este de 8,2 cm. O altă diferență se evidențiază între grupa copiilor cu dizabilitate mentală severă (72,95 cm) și grupa copiilor cu sindrom Down (66,8 cm)..

Aceste diferențe, se datorează faptului ca una din caracteristicile copiilor cu sindrom Down, este aceea că, au membrele inferioare mai scurte în raport cu trunchiul.



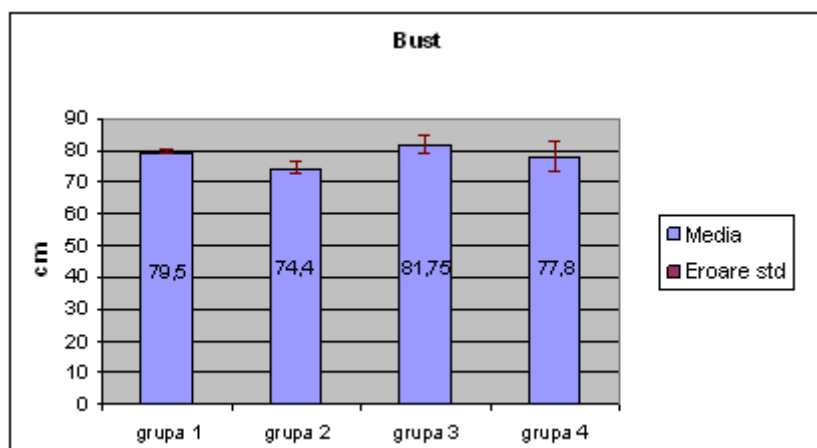
*Graficul 4.* Valorile medii și erorile standard pentru lungimea membrilor inferioare la grupele 1, 2, 3, 4.

Diferențe nesemnificative mai apar între grupa 1 (75 cm) și grupa 3 (72.95 cm), precum și între grupa 2 (68,83 cm) și grupa 4 (66,8 cm), dar putem observa faptul ca aceste valori sunt aproximativ egale, 2,02 cm și respectiv 2,03 cm.

*Date privind parametrul bust*

*Tabel 10.* Unele caracteristici referitoare la bust pentru copiii normali și copiii cu dizabilități

Grupa	N	M	M%	E.Std.	C.V.%
Grupa 1	10	79,5	100%	0,98	3,9
Grupa 2	10	74,4	93,58%	2,13	9,05
Grupa 1	10	79,5	100%	0,98	3,9
Grupa 3	10	81,75	102,83%	2,49	9,66
Grupa 1	10	79,5	100%	0,98	3,9
Grupa 4	5	77,8	97,86%	4,9	14,09
Grupa 2	10	74,4	93,58%	2,13	9,05
Grupa 3	10	81,75	102,83%	2,49	9,66
Grupa 2	10	74,4	93,58%	2,13	9,05
Grupa 4	5	77,8	97,86%	4,9	14,09
Grupa 3	10	81,75	102,83%	2,49	9,66
Grupa 4	5	77,8	97,86%	4,9	14,09



*Graficul 5. Valorile medii și erorile standard ale celor patru grupe pentru parametrul bust*

În urma calculării mediilor pentru *bust* se constată că cea mai mare diferență se înregistrează între grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară (74.4 cm) minim, și grupa copiilor cu dizabilitate mentală severă (81,75 cm), maxim. Această diferență are valoarea de 7,35 cm.. Între celelalte grupe nu se evidențiază diferențe semnificative.

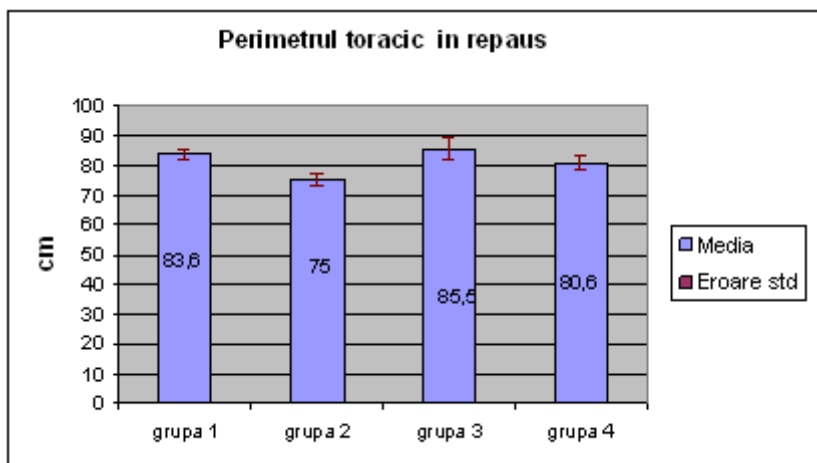
*Date referitoare la perimetrul toracic*

*Tabel 11. Unele caracteristici referitoare la perimetrul toracic în repaus pentru copii normali și copiii cu dizabilități*

Grupa	N	M	M%	E.Std.	C.V.%
Grupa 1	10	83,6	100%	2	7,59
Grupa 2	10	75	89,71%	1,94	8,18
Grupa 1	10	83,6	100%	2	7,59
Grupa 3	10	85,5	102,27%	3,53	13,07
Grupa 1	10	83,6	100%	2	7,59
Grupa 4	5	80,6	96,41%	2,37	6,60
Grupa 2	10	75	89,71%	1,94	8,18
Grupa 3	10	85,5	102,27%	3,53	13,07
Grupa 2	10	75	89,71%	1,94	8,18
Grupa 4	5	80,6	96,41%	2,37	6,60
Grupa 3	10	85,5	102,27%	3,53	13,07
Grupa 4	5	80,6	96,41%	2,37	6,60

Analizând *Tabelul 11*, putem observa că între grupa copiilor normali și între grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară se evidențiază o diferență semnificativă.. O altă diferență semnificativă se înregistrează între grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară și grupa copiilor cu dizabilitate mentală severă. Cele mai apropiate valori le au: grupa copiilor

normali și grupa copiilor cu dizabilitate mentală severă cu valoarea perimetrului toracic în repaus de 83.6 cm și respectiv 85.5 cm (conform *Graficului 6*).



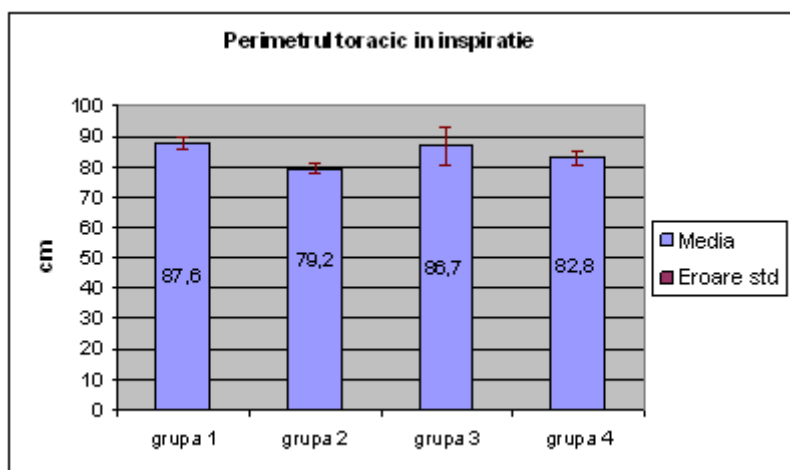
*Graficul 6.* Valorile medii și erorile standard

ale celor patru grupe pentru perimetrul toracic în repaus

Analizând valorile dispersiei pe întregul eșalon, din *Tabelul 11*, putem observa că la grupa copiilor cu dizabilitate mentală severă se înregistrează atât valoarea minimă (61 cm) cât și valoarea maximă (107 cm).

*Tabel 12.* Unele caracteristici referitoare la perimetrul toracic în inspirație pentru copiii normali și copiii cu dizabilități

Grupa	N	M	M%	E.Std.	C.V.%
Grupa 1	10	87,6	100%	1,99	7,2
Grupa 2	10	79,2	90,41%	1,95	7,82
Grupa 1	10	87,6	100%	1,99	7,2
Grupa 3	10	86,7	98,87%	6,01	12,32
Grupa 1	10	87,6	100%	1,99	7,2
Grupa 4	5	82,8	94,52%	2,26	6,12
Grupa 2	10	79,2	90,41%	1,95	7,82
Grupa 3	10	86,7	98,87%	6,01	12,32
Grupa 2	10	79,2	90,41%	1,95	7,82
Grupa 4	5	82,8	94,52%	2,26	6,12
Grupa 3	10	86,7	98,87%	6,01	12,32
Grupa 4	5	82,8	94,52%	2,26	6,12



Graficul 7. Valorile medii și erorile standard ale celor patru grupe perimetrul toracic în inspirație

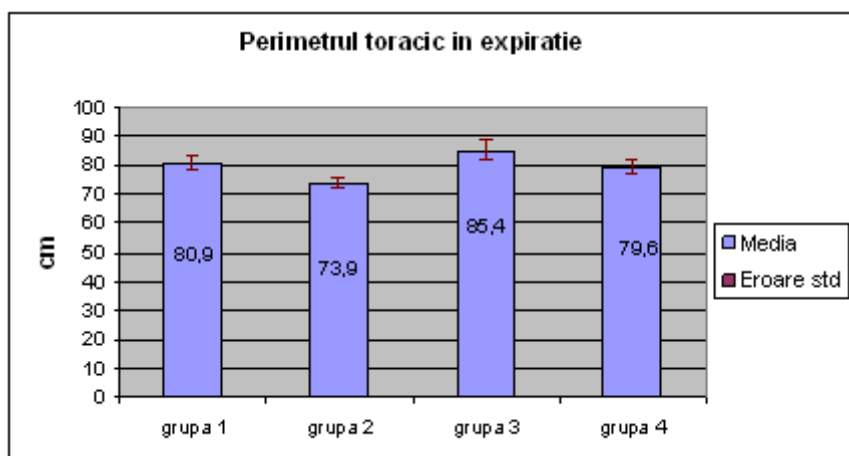
Pentru *perimetrul toracic în inspirație*, singura diferență semnificativă se înregistrează între grupa copiilor normali și grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară. Valorile mediilor celor patru grupe sunt relativ apropiate cu un minim de 79,2 cm la grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară și un maxim de 87,6 cm la grupa copiilor normali. Valori foarte apropiate înregistrează grupa copiilor normali 87,6 cm și grupa copiilor cu dizabilitate mentală severă 86,7 cm.

Tablel 13. Unele caracteristici referitoare la perimetrul toracic în expirație pentru copiii normali și copiii cu dizabilități

Grupa	N	M	M%	E.Std.	C.V.%
Grupa 1	10	80,9	100%	2,13	8,33
Grupa 2	10	73,9	91,34%	1,94	8,33
Grupa 1	10	80,9	100%	2,13	8,33
Grupa 3	10	85,4	105,56%	3,41	13,11
Grupa 1	10	80,9	100%	2,13	8,33
Grupa 4	5	79,6	98,39%	2,54	7,41
Grupa 2	10	73,9	91,34%	1,94	8,33
Grupa 3	10	85,4	105,56%	3,41	13,11
Grupa 2	10	73,9	91,34%	1,94	8,33
Grupa 4	5	79,6	98,39%	2,54	7,41
Grupa 3	10	85,4	105,56%	3,41	13,11
Grupa 4	5	79,6	98,39%	2,54	7,41

Ca și la perimetrul toracic în repaus, singurele diferențe semnificative pentru perimetrul toracic în expirație, se înregistrează între grupa copiilor normali și grupa copiilor cu

dizabilitate mentală ușoară, precum și între grupele grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară și grupa copiilor cu dizabilitate mentală severă (conform *Tabelului 13*).



*Graficul 8.* Valorile medii și erorile standard ale celor patru grupe perimetrul toracic în expirație

Valorile cele mai apropiate se înregistrează la grupa copiilor normali 80,9 cm și la grupa copiilor cu sindrom Down 79,6 cm.

*Tabelul 14.* Amplitudinea respiratorie pentru cele patru grupe

<i>Grupa</i>	<i>Inspirație</i>	<i>Repaus</i>	<i>Expirație</i>	<i>Amplitudinea respiratorie</i>
<i>Grupa 1</i>	87.6 cm	83.6 cm	80.9 cm	<i>6.7 cm</i>
<i>Grupa 2</i>	79.2 cm	75 cm	73.9 cm	<i>5.3 cm</i>
<i>Grupa 3</i>	86.7 cm	85.5 cm	85.4 cm	<i>1.3 cm</i>
<i>Grupa 4</i>	82.8 cm	80.6 cm	79.6 cm	<i>3.2 cm</i>

Analizând valorile amplitudinii respiratorii din *Tabelul 14*, putem observa faptul că, singura grupă care se apropie de valoarea normală 7 (indicele Hirtz), este grupa copiilor normali.

### **Concluzii**

În urma studiului efectuat se pot desprinde următoarele concluzii:

- Abordarea acestei **teme** s-a impus din necesitatea de a aduce în discuție o realitate foarte puțin prezentată în literatura de specialitate.



- Eficacitatea metodologiei aplicate s-a dovedit în toate situațiile și la toate eșantioanele cercetării, astfel demersul experimental s-a soldat cu rezultate semnificative la parametrii luați în studiu.
- Cercetarea întreprinsă oferă **date de referință** și majoritatea au **utilizare practică**, iar demersul cercetării prezintă valoare aplicativă.
- Comparând rezultatele subiecților incluși în studiu (între grupe și în interiorul fiecărei grupe) se observă următoarele:

Pentru parametrii morfologici:

- La talie și anvergură grupele au medii foarte apropiate, încadrându-se, față de grupa copiilor normali, într-un interval de 95,59 % până la 100,12 %, pentru talie și 96,20% până la 104,83% pentru anvergură, deci putem afirma că dizabilitatea mentală nu influențează talia și anvergura.
- La greutate se înregistrează valori foarte apropiate între grupa copiilor normali și grupa copiilor cu dizabilitate mentală ușoară. Copiii cu **sindrom Down** au o medie a greutateii mai mare cu 28,10%, față de copii normali (supraponderalitatea fiind și una din caracteristicile lor).
- Pentru lungimea membrilor inferioare cea mai mică valoare se înregistrează tot la copii cu sindrom Down, 89,06 % din media copiilor normali.
- În ansamblu **parametrii morfologici nu sunt foarte puternic afectați de dizabilitatea mentală.**
- Analizând valorile amplitudinii respiratorii (indicile Hirtz) observăm că acesta este puternic afectat la copii cu dizabilitate mentală severă, aceștia neavând capacitatea de a-și coordona mișcările respiratorii, bazându-se pe o respirație predominant abdominală. Totodată acești copii nu au posibilitatea de a se mișca liberi, de a participa la diferite activități ce presupun efort fizic, ci numai sub supraveghere. **Dezvoltarea cutiei toracice și funcționalitatea ei este direct proporțională cu creșterea în înălțime și posibilitățile de mobilitate în spațiu a subiecților.**

# RECUPERAREA DEFICIENȚELOR COLOANEI VERTEBRALE ÎN PLAN FRONTAL

**Andrei A.<sup>1</sup> (Andrei Alexandra)**

**Coordonator științific: Lect. Univ. Dr. Neculăeș Marius**

<sup>1</sup>Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea de Educație Fizică și Sport,

Specializarea: Kinetoterapie și Motricitate Specială

Tel: 0763906466, E-mail: [andreialexandra52@gmail.com](mailto:andreialexandra52@gmail.com)

## Rezumat

Scolioza reprezintă devierea coloanei vertebrale în plan frontal, cu rotația vertebrelor sau nu, uneori implicând și migrarea vertebrelor în alte planuri. Scoliozele pot fi nestructurale, care nu sunt evolutive și dispar odată cu eliminarea cauzei ce le-a produs, sau structurale, care sunt evolutive, ireductibile, nicio manevră nefiind în măsură să reducă încurbările..

***Ipoteza: Presupunem că aplicarea unui program de recuperare corect, adaptat în funcție de caracteristicile individuale ale afecțiunii scoliotice, ameliorează deficiențele funcționale și implicit calitatea vieții pacientului.***

***Scopul lucrării:*** Scopul cercetării este de a demonstra că prin selectarea celor mai eficiente mijloace în vederea realizării unor programe de exerciții se poate ajunge la corectarea deficiențelor coloanei vertebrale în plan frontal, pentru a redresa coloana vertebrală sau pentru a împiedica evoluția deficienței.

***Material și metodă:*** Ședințele de kinetoterapie s-au desfășurat la cabinetul Kinego din Iași și la domiciliul unui pacient, cu o frecvență de trei ședințe pe săptămână, pe o perioadă de trei luni și două săptămâni. Testele utilizate au fost examenul radiologic, somatoscopia instrumentală (cu figur cu plumb și la cadrul antropometric de simetrie), testul Adam și teste de mobilitate a coloanei vertebrale (distanța degete-sol și evaluarea mobilității laterale a trunchiului).

***Rezultate:*** În urma programului de kinetoterapie în cazul pacientei O. I.-A. s-a înregistrat o redresare a coloanei vertebrale sub corset de 10° Cobb, o îmbunătățire a posturii corporale și a mobilității coloanei vertebrale. În cazul pacientei A. A. nu s-au înregistrat îmbunătățiri în cazul curburii, dar s-au înregistrat îmbunătățiri semnificative în ceea ce privește mobilitatea coloanei vertebrale și a posturii corporale.

***Concluzii:*** În urma studiului realizat am ajuns la concluzia că este foarte importantă diagnosticarea precoce, acest lucru ajutând la recuperarea mai rapidă a pacientului. Putem spune că programul kinetoterapeutic corect adaptat în funcție de particularitățile fiecărui pacient conduce la ameliorarea deficiențelor coloanei vertebrale și poate de asemenea să prevină agravarea lor.

**Cuvinte cheie:** coloana vertebrală, deviere laterală, structurală, mobilitate, redresare.

**Universitatea „Al. I. Cuza” din Iași  
Facultatea de Educație Fizică și Sport  
Specializarea Kinetoterapie**

**LUCRARE DE LICENȚĂ  
REZUMAT**

**Coordonator științific:**

**Lect. Univ. Dr. *UNGUREAN BOGDAN***

**Absolvent:**

**Anghelina Dragoș**

**IAȘI**

**2018**

***STUDIU PRIVIND NIVELUL  
DEZVOLTĂRII CALITĂȚILOR MOTRICE LA  
COPIII CU CERINȚE EDUCATIONALE  
SPECIALE***

## **PLANUL LUCRĂRII**

### **CAPITOLUL I UNELE ASPECTE PRIVIND DIZABILITATEA MINTALĂ**

- I.1. Categori de copii cu dizabilitate mintală - scurtă prezentare clinică și psihopedagogică*
- I.2. Depistarea și diagnosticul persoanelor cu dizabilități*
- I.3. Tipologia dizabilităților mintale*
  - I.3.1. Intelectul de limită*
  - I.3.3. Dizabilitatea mintală de gradul II (imbecilitatea)*
  - I.3.4. Dizabilitatea mintală de gradul III (idioția)*
  - I.3.5. Particularități morfo-funcționale ale perioadei de vârstă 12-16 ani*
- I.4. Aspecte biologice specifice dezvoltării calităților motrice*
- I.5. Importanța utilizării jocurilor de mișcare în dezvoltarea calităților motrice*

### **CAPITOLUL II METODOLOGIA CERCETĂRII**

- II.1. Ipoteza, scopul și sarcinile cercetării*
- II.2. Motivarea realizării temei*
- II.3. Metode de cercetare utilizate în studiu*
- II.4. Probe de control*

### **CAPITOLUL III APLICAȚII, REZULTATE, DISCUȚII**

- III.1. Aplicații*
  - III.1.1. Metodica pregătirii și desfășurării jocurilor de mișcare*
  - III.1.2. Mijloace de acționare utilizate*
- III.2. Rezultatele testelor*
- III.3. Discuții referitoare la rezultatele obținute*

**Concluzii**

**Bibliografie**

**Anexe**

## *Categorii de copii cu dizabilitate mintală - scurtă prezentare clinică și psihopedagogică*

### *Dizabilitatea mintală*

Prin termenul de *dizabilitate mintală* se înțelege reducerea semnificativă a capacităților psihice care determină o serie de dereglări ale reacțiilor și mecanismelor de adaptare ale individului la condițiile în permanentă schimbare ale mediului înconjurător și la standardele de conviețuire socială dintr-un anumit areal cultural, fapt care plasează individul într-o situație de incapacitate și inferioritate, exprimată printr-o stare de handicap, în raport cu ceilalți membri ai comunității din care face parte. Statisticile OMS arată că dizabilitatea mintală este întâlnită la 3 - 4 % din populația infantilă, având diferite grade de intensitate și variate forme de manifestare (Cozma, 2000).

Indicatorul de dezvoltare intelectuală este reprezentat prin *coeficientul de inteligență* (C.I.) sau *intelligence quotient* (I.Q.), introdus în literatura de specialitate de W. Stern (citată de Cozma, 2000) pentru a completa noțiunea de vârstă mintală (V.M.) și apoi folosită în interpretarea testelor de inteligență. Ca unitate de măsură psihologică, coeficientul de inteligență reprezintă raportul dintre vârstă mintală (V.M.) și vârstă cronologică (V.C.) exprimate în luni.

### *Ipoteza, scopul și sarcinile cercetării*

#### *a) Ipoteza cercetării*

Jocurile dinamice pot contribui la creșterea eficienței, motivației în dezvoltarea calităților motrice la copiii cu cerințe educaționale speciale, dacă se respectă particularitățile psiho-fiziologice de pregătire ale acestor copii, dacă se utilizează cele mai eficiente metode și mijloace de realizare, o bună etapizare a procesului de pregătire cu dozare a efortului adecvată și cu o creștere a calității în organizarea și conducerea activității.

În realizarea acestui studiu, am pornit de la următoarea **ipoteză: presupunem că prin utilizarea cu preponderență a jocurilor dinamice în cadrul lecției de educație fizică vom obține o creștere a indicilor calităților motrice la copiii cu cerințe educaționale speciale.**

### *b) Scopul lucrării*

A fost acela de a selecta din cadrul jocurilor de mișcare, pe cele mai eficiente pentru dezvoltarea calităților motrice, de a le explica în cadrul orelor de educație fizică, iar rezultatele obținute să demonstreze eficiența lor în realizarea finalităților.

### *c) Sarcinile cercetării*

Pentru validarea ipotezei stabilite au fost necesară parcurgerea diferitelor etape:

- Studierea temei în literatura de specialitate;
- Alegerea eșantioanelor cuprinse în cercetare;
- Cunoașterea nivelului de dezvoltare motrică și psihică a eșantionului cuprins în cercetare;
- Stabilirea etapelor de organizare și desfășurare a cercetării;
- Elaborarea criteriilor de evaluare, testarea inițială și finală a eșantionului cuprins în cercetare;
- Prelucrarea datelor inițiale și finale, reprezentarea grafică;

### ***Motivarea realizării temei***

S-a pus problema competențelor specialiștilor în acest domeniu, a fragilității bazei materiale, dar mai ales a lipsei unei protecții sociale reale a elevului cu probleme în educație, fapt ce impune o reabordare creativă a problematicei ridicate de recuperarea copilului cu dizabilitate mintală, aspect care m-a determinat să abordăm această temă, pornind de la considerentul că jocul, ca formă de manifestare psiho-fizică, comportamentală și relațională, poate exercita, atunci când este riguros organizat și creativ direcționat, influențe certe în activitatea de recuperare și reintegrare socio-profesională a elevului cu dizabilitate mintală.

### ***Metode de cercetare utilizate în studiu***

În cadrul experimentului am utilizat următoarele metode de cercetare:

- a) metoda de documentare bibliografică;
- b) metoda observației;
- c) metoda testelor motrice;

- d) metoda înregistrării obiective a datelor;
- e) metoda grafică.

### ***Probe de control***

#### *1. Săritura în lungime de pe loc*

\* din poziția stând înapoia unei linii, tălpile depărtate la nivelul umerilor, avântare prin îndoirea și extensia picioarelor simultan cu balansarea brațelor;

- \* impulsie energetică, săritură în lungime și aterizare pe ambele picioare;
- \* s-a măsurat lungimea săriturii de la linie până la călcâie;

#### *2. Alergare de viteză – 50 m*

\* s-a executat în linie dreaptă pe teren plat;

\* s-au trasat liniile de plecare și sosire;

\* cronometrul s-a pornit la mișcarea piciorului din spate;

\* s-a înregistrat timpul realizat în secunde și fracțiuni de secunde

#### *3. Naveta 5x10 m*

\* s-a executat pe o suprafață netedă, nealunecoasă;

\* s-au trasat două linii paralele la distanța de 10 m;

\* executantul se dispunea înapoia unei linii, iar la semnal pornea în alergare până la linia opusă, o depășea cu ambele picioare și revenea la linia de plecare, parcurgându-se de cinci ori distanța de 10 m;

#### *4. Aruncarea mingii de oină de pe loc*

\* aruncarea s-a executat cu o mână, prin azvârlire, pe deasupra umărului, fără elan;

\* s-a înregistrat lungimea aruncării, în metri (cel mai bun rezultat din două încercări);

### *Aplicații*

În alcătuirea acestei lucrări am realizat un studiu constatativ, care ne-a permis rezolvarea pe baze științifice a sarcinilor lucrării.

În acest sens, am alcătuit o baterie de teste cu care am operat în cadrul a două testări periodice pe parcursul unui an școlar.

SEMESTRUL I: 1-5 octombrie – testare inițială

SEMESTRUL II: 1-5 mai - testare finală



Locul acestui studiu a fost la Centrul Școlar de Educație Incluzivă „Constantin Păunescu” Iași subiecți fiind elevii clasei a VI-a B (deficiență mintală ușoară) din această școală.

Această clasă a avut în orarul școlar câte 2 ore de educație fizică săptămânal, clasa fiind condusă de dl prof Ștefancu Daniel.

#### *Discuții referitoare la rezultatele obținute*

Folosind ca elemente de referință rezultatele probelor fizice, în urma experimentului au ieșit în evidență acumulările elevilor pe perioadă desfășurării cercetării în privința calităților motrice.

Comparând rezultatele obținute la testarea inițială și la cea finală se pot observa următoarele diferențieri:

Analizând rezultatele obținute la cele două testări la **proba 1** - Săritura în lungime de pe loc, putem observa că la testarea inițială media grupei a fost de 0,84 m iar la testarea finală media a fost de 0,94 astfel realizându-se un progres de 0,10 m. Analizând valoarea coeficientului de variabilitate la cele două testări, putem aprecia ca omogenitatea grupei este relativ buna cu CV cuprins între 33,43 și 30,68 %.

La **proba 2** - Alergarea de viteză, s-au obținut următoarele rezultate: la testarea inițială 11,33 sec. iar la testarea finală 10,56 sec, progresul realizat fiind de 0,77 sec. Valoarea coeficientului de variabilitate la cele două testări este cuprinsă între 13,12 % (la testarea inițială) și 7,75 % (la testarea finală), lucru ce arată o foarte bună omogenitate a grupei la această probă.

Analizând rezultatele obținute la **proba 3** – Naveta 5x10m, putem observa o medie de 17,86 sec la testarea inițială și 17,11 sec la testarea finală, progresul realizat fiind de 0,75 sec. Valoarea coeficientului de variabilitate se situează sub 6% ceea ce reprezintă o omogenitate foarte bună a grupei la această probă.

La **proba 4** - Aruncarea mingii de oină, s-au obținut următoarele rezultate: la testarea inițială media grupei a fost de 11,65 m, iar la testarea finală media a fost de 15,82 m, progresul realizat fiind de 4,17 m. În urma analizei valorilor coeficientului de variabilitate (30,13 % la testarea inițială și 32,97 % la testarea finală) putem afirma că omogenitatea grupei la aceasta probă a fost bună.

## **Concluzii**

În urma studiului efectuat se pot desprinde următoarele concluzii:

- Abordarea acestei **teme** s-a impus din necesitatea de a aduce în discuție o realitate foarte puțin prezentată în literatura de specialitate.
- Eficacitatea metodologiei aplicate s-a dovedit în toate situațiile și la toate eșantioanele cercetării, astfel demersul științific s-a soldat cu rezultate semnificative la parametrii luați în studiu.
- Cercetarea întreprinsă oferă **date de referință** și majoritatea au **utilizare practică**, iar demersul cercetării prezintă valoare aplicativă.
- Lucrarea poate fi folosită ca **sursă de informare** de către cei care dirijează procesul instructiv-educativ sau se ocupă de pregătirea psiho-motrică a copiilor cu CES.
- Comparând rezultatele subiecților incluși în studiu se observă ca la toate cele patru probe s-au obținut creșteri ale rezultatelor.
  - La obținerea rezultatelor pozitive au contribuit următoarele :
    - utilizarea jocurilor dinamice cu preponderență în cadrul orei;
    - îmbinarea metodelor verbale – expunerea, explicația, cu cele intuitive – demonstrația, observația execuției, și cu metodele practice – exersarea;
    - explicații scurte, clare și concise;
    - demonstrația globală, apoi descrierea și explicarea mișcării;
    - selectarea jocurilor captivante, motivante pentru elevi;
    - desfășurarea celor mai multe dintre jocuri sub formă de întrecere pentru a progresa, pentru a le cultiva dorința de a fi învingători;
    - precizarea și urmărirea respectării unor reguli în vederea evitării accidentelor;
    - aprecierea celui mai mic progres înregistrat de elevi și încurajarea celor care manifestă anumite stângăcii;
    - corectarea greșelilor care se manifestă în execuția unor procedee de către elevi;

În concluzie, dacă se respectă particularitățile de vârstă și individuale ale elevilor, principiile didactice, dacă se selectează jocuri pregătitoare adecvate, iar activitatea planificată se desfășoară în mod sistematic cu simț de răspundere și cu dragoste pentru copii, pentru meseria de cadru didactic, rezultatele nu vor ezita să apară.

## REZUMAT

Motivația reprezintă una dintre temele ce au generat îndelungi dezbateri în analiza organizațională vizează modul de înțelegere și interpretare a cauzelor ce determină acțiunile și comportamentul oamenilor în organizații.

Prima parte este rezervată noțiunilor de teorie. Se definesc termenii de motivație, teorii motivaționale, factori și în ce constă meseria de kinetoterapeut.

Capitolul II reprezintă metodologia lucrării și aici avem: scopul, obiective, ipoteză, metode de cercetare, lotul de subiecți și locul desfășurării.

În capitolul III se prezintă aplicații, rezultatele cercetării și interpretarea lor.

Adesea apare întrebarea ce forțe, factori sau presiuni existente în contextul de munca sau în propria personalitate determină oamenii să adopte un tip de comportament sau altul. Ce necesități, dorințe, scopuri, aspirații, interese, intenții, temeri îi stimulează să se angajeze în anumite acțiuni, și nu în altele fiecare dintre noi avem anumiți factori care ne motivează și fiecare dintre noi avem un profil al motivațiilor și valorilor. De aceea, înainte de a începe o carieră și înainte de a lua o decizie profesională, este important să ne cunoaștem motivațiile astfel încât să luăm decizii favorabile pe termen lung. Prioritizarea motivațiilor ne ajută de asemenea să facem față provocărilor profesionale. Din punct de vedere al conducerii unei organizații, problema esențială a motivației se referă la determinarea mijloacelor prin care membrii organizației pot fi stimulați să contribuie pozitiv și eficient la îndeplinirea obiectivelor stabilite.

Noțiunea de motivație a fost și va rămâne probabil unul dintre principalele puncte de plecare în înțelegerea succesului în organizații.

# **BASCHEUL ÎN FOTOLIU RULANT, MODALITATE DE RECREERE PENTRU PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI**

**Bălăiasa D. G. (Bălăiasa Dragoș George)**

**Coordonator: Lect. univ. dr. Onose Ionuț**

*Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea de Educație Fizică și Sport,  
Specializarea Kinetoterapie și Motricitate Specială*

*Tel: 0743313688, Email: [b.dragos96@yahoo.com](mailto:b.dragos96@yahoo.com)*

## **Rezumat**

Fotoliul rulant este unul dintre echipamentele ortopedice frecvent utilizate pentru îmbunătățirea mobilității, permițând persoanelor cu handicap locomotor să participe la activitățile zilnice, să accedă la o viață socială normală. Baschetul este un joc sportiv colectiv care face parte din ansamblul mijloacelor de perfecționare a dezvoltării fizice și a aptitudinilor de mișcare ale oamenilor. Un eveniment sportiv este benefic pentru ei, atât din punct de vedere fizic, pentru că promovează un stil de viață sănătos, dezvoltând și unele abilități de manipulare mai bună a scaunului, cât și din punct de vedere psihologic și social, pentru că susține crearea unor legături între oameni. Jucătorii în scaun rulant arată cum performanța învinge limitările fizice și presupune acceptarea regulilor, indiferent de nivelul sportului practicat.

*Ipoteza:* în lucrare presupunem că jocul de baschet în fotoliul rulant reprezintă o modalitate de recreere a persoanelor cu dizabilități. Plecând de la ipoteză, dorim să analizăm și să evidențiem faptul că elementele caracteristice din jocul de baschet care sunt raportate la jocul în fotoliu rulant, aduc, odată cu trecerea timpului, tot mai multe persoane cu handicap în sala de sport și pe terenul de baschet. Din aceste motive considerăm că jocul de baschet le poate influența starea de spirit oferindu-le o modalitate de recreere.

*Scopul lucrării:* Scopul lucrării de licență este de a demonstra prin studiu și analiză faptul că numărul persoanelor cu handicap locomotor care practică baschetul în fotoliu rulant este într-o plină și continuă ascensiune, concluzionând totodată și cu afirmația că este un mijloc relaxant și recreațional pentru persoanele în cauză, fapt care reiese din numărul mare de practicanți.

Am analizat numărul de participanți la Jocurile Paralimpice de la prima ediție din anul 1960, până la ultima ediție din anul 2016 și am constatat că numărul de participanți la disciplina „Baschet în fotoliu rulant” a crescut semnificativ.

Se poate observa prin intermediul graficelor relatate că persoanelor cu dizabilități le place să facă sport, numărul acestora crescând considerabil de la an la an ceea ce rezultă în final că ipoteza noastră a fost confirmată și anume că baschetul în fotoliu rulant este o modalitate de recreere pentru persoanele cu handicap.

**Cuvinte cheie:** fotoliu rulant,

# ROLUL SCHEMEI CORPORALE ÎN CREȘTEREA ȘI DEZVOLTAREA COPILULUI (CU FOCALIZARE PE OBEZITATEA INFANTILĂ)

**Balaur M. (Marina Denisa)**

**Coordonator științific: Conf. Dr. Decan Abălașei Beatrice**

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iasi, Facultatea de Educație Fizică și Sport

Specializarea: Kinetoterapie și motricitate special

Tel: [0741796062](tel:0741796062) E-mail: [balaur.marinadenisa@yahoo.com](mailto:balaur.marinadenisa@yahoo.com)

**Rezumat:** Conform definiției, obezitatea reprezintă o "creștere exagerată a greutateii corporale, ca urmare a acumulării de grăsime în țesutul subcutanat și în jurul viscerelor".

Termenul de schema corporal este ambiguu, fapt amplificat de utilizarea unor termeni sinonimi ca: imaginea corpului, reprezentarea propriului corp, schema posturală, imaginea de sine etc.

**Ipoteza :** Presupunem că schema corporală a copiilor este influențată de obezitatea infantilă, aceasta intervenind și în creșterea și dezvoltarea copilului.

**Scopul lucrării:** În această lucrare ne propunem să identificăm dacă în creșterea și dezvoltarea unui copil cu obezitate infantilă, recunoașterea schemei corporale este diferită de cea a unui copil cun un indice de masă corporală normal.

**Material și metodă:** Lucrarea noastră a avut ca și subiect principal un pacient de sex masculin, A.P., în vârstă de 11 ani, înălțimea de 163 cm și cu o greutate de 67 kg.

Studiul efectuat pentru această lucrare a avut loc în cadrul clinicii medicale de recuperare Kinego, oferindu-ne prin mediul său plin de profesionalism ocazia de a înțelege și de a observa patologia pe care ne-am dorit să o cercetăm.

**Rezultate :** Observăm că după ce am efectuat testul omulețului final, după perioada de 2 luni, pacientul nostru a înregistrat progrese uimitoare asupra viziunii sale corporale, din acest test reieșind că după exercițiile efectuale are o vârstă mentală de 12 ani și un IQ normal, o inteligență medie.

**Concluzii:** În urma studiului informațiilor despre schema corporală și tulburările acesteia, a corelației dintre creștere și dezvoltare și conduitele percepției motrice, a importanței schemei

corporale la copii și mai ales la cei cu obezitate infantilă, dar și în urma anchetelor referitoare la stilul de viață și a aplicațiilor practice utilizate în cercetarea noastră, putem concluziona că schema corporală are un rol foarte important în creșterea și dezvoltarea copilului.



## Lucrare de licență

### Recuperarea funcțională a paraplegicului

-Rezumat-

Paraplegia se definește ca "deficitul de forță musculară a membrilor inferioare" la care se poate asocia deficitul parțial sau total al trunchiului.

#### **Ipoteza cercetării**

Presupunem că aplicarea unui tratament kinetoterapeutic cu cele mai eficiente mijloace de recuperare, adaptat particularităților pacienților cu paraplegie, ținând seama de gravitatea deficitului și de sediul leziunii, atunci vom obține o îmbunătățire a restantului funcțional, în vederea redobândirii autonomiei în desfășurarea activităților de bază ale pacientului.

#### **Motivația**

M-am oprit asupra tratării acestei teme deoarece paraplegia este una dintre cele mai invalidante afecțiuni neurologice. Paraplegia este rezultatul afectării integrității măduvei spinării. Prin această lucrare am încercat câteva modalități de aplicare precoce și sistematică a exercițiilor recuperatorii și a metodelor fizice care să recupereze deficitul instalat.

Etapete prin care am trecut în realizarea acestei lucrări au fost următoarele:

*În prima etapă* am stabilit literatura de specialitate existentă ce trata tema propusă pentru studiu și cazistica din ultimii ani, precum și modul de rezolvare.

Pentru aceasta am apelat la ajutorul și îndrumările coordonatorului științific cu care am discutat metodele și mijloacele aplicate, precum și rezultatele lor, toate acestea oferindu-mi informații în vederea întocmirii programelor terapeutice.

*În cea de-a doua etapă* am selecționat cazurile și mi-am alcătuit grupa destinată studiului. Tot în această fază s-a făcut o pregătire prealabilă a lotului de desfășurare a experimentului, materiale și instrumente necesare evaluării. Am întocmit fișele individuale cu datele necesare fixării diagnosticului clinico-funcțional.

*În a treia etapă* am aplicat programele de tratament kinetic specifice fiecărui caz. Am făcut explorări și evaluări periodice.

*În etapa finală* am făcut testarea finală și pe baza rezultatelor s-a realizat aprecierea evoluției individuale a subiecților, precum și analiza comparativă a cazurilor prezentate.

**UNIVERSITATEA “ALEXANDRU IOAN CUZA” DIN IAȘI  
FACULTATEA DE EDUCAȚIE FIZICĂ ȘI SPORT  
SPECIALIZAREA: KINETOTERAPIE ȘI MOTRICITATE  
SPECIALĂ**

**Ameliorarea atitudinilor vicioase la nivelul  
coloanei vertebrale a adolescenților prin  
mijloace specifice gimnasticii**

**Coordonator științific:  
Conf. dr. MORARU Cristina-Elena**

**Absolvent:  
BLAGOCI Daniela**

**IAȘI  
2018**

Estetica ținutei este dată îndeosebi de coloana vertebrală, de poziția capului și a gâtului, poziția umerilor, a trunchiului, a șoldurilor, abdomenului. Coloana vertebrală este axa osoasă de bază care contribuie la menținerea ținutei corecte, funcționalitatea ei fiind asigurată de o serie de elemente pasive (ligamente) și de mușchi prin tonusul, elasticitatea și forța lor.

La vârsta de creștere se observă o frecvență mare a abaterilor de la ținuta corectă a corpului, abateri care au fost denumite cu termeni de atitudini vicioase (deficiențe), caracterizate prin accentuarea curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale sau apariția unor curburi anormale, însoțite de poziția incorectă a capului și gâtului, umerilor, abdomenului. Unele depistări făcute în colectivități școlare pretind că 80% dintre școlari se abat de la atitudinea ideală a corpului; 45% dintre aceste abateri sunt considerate ca ușoare, 25% medii și 10% accentuate. În cele mai multe cazuri ele se pot corecta complet sau în mare măsură prin intervenția voluntară a școlarului.

Primul capitol al lucrării prezintă argumentarea teoretică a temei cu delimitări conceptuale privind: importanța și actualitatea studiului, anatomia și biomecanica coloanei vertebrale, caracteristici ale atitudinilor vicioase la adolescenți și importanța evaluării postural.

Cel de-al doilea capitol denumit metodologia cercetării prezintă: motivația alegerii temei, ipoteza cercetării, scopul și obiectivele studiului, metodele de cercetare utilizate și măsurători efectuate. În elaborarea cercetării s-a pornit de la ipoteza conform căreia evaluarea posturală reprezintă un mijloc de prevenire a deficiențelor fizice, fapt pentru care în cazul instalării lor, un program de exercitii specific gimnasticii corective va determina o îmbunătățire a posturii.

În capitolul al III-lea este prezentat design-ul experimental, care cuprinde subiecți, locul desfășurării, etapele studiului, prezentarea fișelor individuale ale subiecților, programe de gimnastică.

Datorită aplicării programului kinetoterapeutic la cei trei adolescenți am constatat o îmbunătățire a atitudinii postural. În cele trei cazuri diagnosticate cu atitudine cifotică, scolioză lombară sinistroconvexă și cifo-lordoza, conform evaluării posturale căreia au fost supuși pacienții, am observat îmbunătățiri ale poziției coloanei vertebrale, o tonifiere a musculaturii spatelui și a celei abdominale, stoparea reflexului de atitudine greșită a trunchiului o dată cu formarea unui reflex de postură corect, fapt care confirmă ipoteza studiului.

Lipsa de activitate legată în special de poziția prelungită așezat la școală, influențează negativ nu numai musculatura paravertebrală, ceea ce favorizează instalarea atitudinilor și deficiențelor fizice, dar și structurile pasive ale coloanei vertebrale în special, discurile intervertebrale.

Deviațiile vertebrale nu trebuie înțelese separat, ci într-un context mult mai larg decât cel al corectării stricte a abaterilor de la normal ale coloanei, deoarece apar modificări și la nivelul umerilor, omoplaților, bazinului, toracelui etc. Aplicarea precoce a tratamentului recuperator constă în execuții fizice corective, având rezultate bune în ceea ce privește refacerea.

# RECUPERAREA ȘI REABILITAREA PREHENSIVII PRIN KINETOTERAPIE

BORDEIANU I. C.

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport,  
Specializarea *Kinetoterapie Și Motricitate Specială*, tel: 0754615736,  
email: bordeianu.irinacsm@yahoo.com

Coordonator: Lector dr. Hodorcă Raluca- Mihaela

Prehensiunea este un gest precis, adaptat, conștientizat sau reflex, care pe baza informațiilor instantanee extero- sau proprioceptive se automatizează prin repetare și determină coordonarea optimă a mâinii pentru prindere și apucare. **Ipoteza:** Am presupus ca printr-un program kinetic adecvat se va reuși redobândirea autonomiei mâinii în vederea îmbunătățirii calității vieții pacientului și reînserării socioprofesionale. **Scopul lucrării:** Scopul urmărit este de a demonstra eficacitatea și rapiditatea exercițiilor de recuperare și a procedurilor asociate ce duc la recuperarea nivelului funcțional al mâinii. **Material și metode:** Studiul a inclus 3 pacienți ce au urmat 14 sesiuni de recuperare. **Teste utilizate:** testul articular, testul muscular, teste specifice mâinii. **Rezultate:** În urma rezultatelor celor 3 pacienți se observă recuperarea unei amplitudini normale de mișcare, s-a obținut un unghi de mișcare în care s-a dezvoltat o forță de contracție și o rezistență la efort cu valoare funcțională fără a forța obținerea unghiului maxim de mobilitate. Deficitul de forță a fost recuperat. Recuperarea rezistenței musculare s-a realizat crescând numărul de repetări cu un efort submaximal. După ce forța de contracție și rezistența la efort a mușchiului a fost recuperată, s-a început recuperarea coordonării mișcării prin activități funcționale realizate în colaborare cu ceilalți mușchi ai lanțului cinetic respectiv. **Concluzii** În urma acestor considerații, constatăm că ipoteza ce susține eficacitatea exercițiilor de recuperare cu privire la reabilitarea prehensiunii a fost confirmată

**Cuvinte cheie:** amplitudine articulară, forță musculară, program kinetic, îmbunătățire, coordonare, exerciții

## **KINETOTERAPIA DURERII - PUNCTELE TRIGGER**

Coordonator științific: **Conf. Univ. Dr. Hagi Bogdan-Alexandru**

Absolvent: **Borșa Bogdan-Constantin**

### **CUPRINS**

Lucrarea este structurată în 3 capitole.

În capitolul I, s-a expus fundamentarea teoretică a lucrării, amintind actualitatea și importanța terapiei punctelor trigger, istoricul evoluției acestora și informații despre kinetoterapie - ca mijloc de tratament al durerii cauzate de punctele trigger, respectiv noțiuni despre durere și etiopatologia punctelor trigger.

În capitolul II, este ilustrată metodologia elaborării cercetării (motivație, scop, ipoteză, obiective și sarcini, metode de cercetare și procesul de măsurare și evaluare).

În capitolul III, sunt prezentate aspectele practice ale cercetării, respectiv prezentarea subiecților, mijloace folosite, rezultatele obținute și interpretarea lor.

Ulterior acestor 3 capitole, am relatat concluziile acestei cercetări și am prezentat succint limitele și direcțiile viitoare de cercetare.

#### **Cap. I**

Punctele trigger sunt niște puncte hiperiritabile situate în mușchiul scheletic care sunt asociate cu niște noduli hipersensibili la palpare într-o bandă (fibră) tensionată.

Simptomatologia cea mai frecventă este reprezentată de durere.

Formarea unui punct trigger poate avea următorul parcurs:

1. Suprasolicitarea mușchiului.
2. Apare un influx de substanțe în sarcomere rezultând contracția localizată a acestora.
3. Datorită contracției sarcomerelor se va produce o creștere a tensiunii fibrei musculare, care va determina formarea nodulilor.
4. Acești noduli cresc necesitatea metabolică în zonă pentru a menține contracția, determinând ischemie locală și acumulare de produși metabolici.
5. Hipoxia regională determină criza energetică, manifestată prin reducerea ATP-ului disponibil și eliberarea substanțelor care sensibilizează căile nociceptive locale. Acest lucru are ca rezultat *aparitia durerii*.
6. Datorită reducerii cantității de ATP disponibil, mecanismele de oprire a contracției nu mai pot funcționa determinând continuarea acestui ciclu formator de puncte trigger.

#### **Cap. II**

Prin aprofundarea acestui subiect voi dobândi cunoștințe suplimentare, iar cercetarea posibilelor mijloace terapeutice va constitui o îmbunătățire a practicii în identificarea și tratarea punctelor trigger, oferindu-mi astfel oportunitatea de a acorda un ajutor spre ameliorarea durerii.

**Scopul** acestei lucrări este realizarea unei evaluări corecte a durerii, identificarea și localizarea corectă a punctelor trigger și aplicarea mijloacelor adecvate în vederea ameliorării efectelor acestora (senzației dureroase), precum și reducerea lor morfologică.

**Ipoteza.** Având în vedere considerentele teoretice, ipoteza își propune să dovedească dacă prin mijloacele și tehnicile selectate și aplicate se reușește atenuarea efectelor și reducerea morfologică sau dispariția punctelor trigger.

*Măsurarea și evaluarea* subiecților s-a făcut prin palpate (transversală, „în pensă” sau profundă). Intensitatea durerii a fost evaluată cu ajutorul scalei numerice de evaluare a durerii

### Cap. III

#### **Metode**

Studiul a fost efectuat pe parcursul anului 2018, din luna ianuarie până în luna aprilie, pe un număr de 4 subiecți, dintre care 2 de gen feminin și 2 de gen masculin, cu vârste cuprinse între 21 și 46. Subiecții acestei cercetări au fost aleși în urma anamnezei și a examenului fizic, ulterior constatării semnelor caracteristice punctelor trigger.

Ședința de tratament s-a efectuat în 3 etape :

Etapa I: a constat în identificarea punctelor și evaluarea durerii;

Etapa a II-a: a constat în aplicarea masajului asupra punctelor identificate în musculatură;

Etapa a III-a: a constat în efectuarea stretching-ului pasiv pe musculatura în cauză și instruirea subiectului pentru a efectua stretching auto-pasiv până la următoarea ședință de tratament și învățarea subiectului spre a deprinde un comportament profilactic.

Ședințele de tratament s-au desfășurat preponderent cu o frecvență de 2-3 pe săptămână.

Mijloacele și tehnicile aplicate au fost: masajul (netezire, fricțiune, masaj strumming) și stretching-ul.

#### **Rezultatele cercetării**

Toți cei 4 subiecți au cunoscut o reducere morfologică considerabilă a punctelor trigger, fapt care a dus la o ameliorare considerabilă a senzației dureroase, perioada de recuperare a acestora variind în funcție de importanța punctelor trigger, precum și de profilaxia acestora din această perioadă.

#### **Concluzii**

1. Durerea cu caracter difuz, care este greu de localizat, uneori cu senzație arzătoare sau de parestezie, poate indica o suprasolicitare musculară, o primă cauză a formării punctelor trigger.

2. Punctele trigger beneficiază de multe mijloace și metode de tratament: injecție anestezică, injectarea cu toxină botulinică, dry needling, masaj, stretching, ultrasonoterapie, laserterapie, TENS, diverse tehnici ce implică contracția mușchiului, precum relaxarea postizometrică, inhibare reciprocă, tehnica contracție-revenire, tehnică energetică, masaj, stretching, tehnici energetice musculare. În această lucrare s-a dovedit eficiența masajului, stretching-ului, precum și a tehnicii de eliberare a presiunii.

3. Eficacitatea terapiei punctelor trigger este dată de evaluarea, identificarea lor, precum și de aplicarea corectă a mijloacelor de tratament.

4. Subiectul cu cefalee referită și cel cu rigiditate la nivelul antebrațului cunosc o ameliorare semnificativă a durerii după primele 4 ședințe, însă, după terminarea perioadei de tratament, durerea a reapărut după 2 săptămâni, respectiv 1 săptămână.

5. Subiecții cărora li s-au identificat puncte trigger la nivelul gambei resimt o ameliorare a durerii după cea de-a 3-a ședință de tratament, iar durerea nu a reapărut decât în cazul celui cu durere pe fațeta anterioară a gambei.

6. Vindecarea este însoțită de o ușoară exacerbare a durerii. Toți subiecții au cunoscut o intensificare a durerii pe parcursul perioadei de tratament. Acest lucru nu indică neapărat o agravare/acutizare a punctelor/durerii, ci faptul că s-a declanșat procesul de deblocare al sarcomerelor problematice din fibrele musculare, afirmație întărită de evoluția/ameliorarea durerii după acest puseu dureros.

7. În urma rezultatelor obținute în această cercetare, putem afirma faptul că ipoteza expusă anterior se confirmă.

#### BIBLIOGRAFIE

1. Bălțeanu, V. (2014). Masajul în traumatologia sportivă. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”.

2. Baldry, P. (2005). Acupuncture, trigger points and musculoskeletal pain. Ediția a III-a, New York: Elsevier/Churchill Livingstone.

3. Chirazi, M. (2014). Elemente de cercetare aplicate în activitățile motrice. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”.

4. Chirazi, M., Petrea, R.G. (2015). Metode de cercetare științifică în educație fizică și sport. Iași: Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”.

5. Cristea, I. (1996). Terapia durerii. București: Editura medicală.

6. Drosescu, P. (2004). Anatomia aparatului locomotor. Iași: Editura Pim

7. Guyton, A.C., Co-autor Cârmaciu R. (1997). Fiziologie. București: Editura Medicală AMALTEA.

8. Hagiu, B.A. (s.a.). Terapia durerii. Curs.

9. Kostopoulos, D., Rizopoulos, K. (2001). The Manual of Trigger Point and Myofascial Therapy. Ediția I, Thorofare: Editura Slack Incorporated.

10. Physio Sport Therapy Academy. Terapia Trigger Points - suport de curs.

11. Raveica, G. (2008). Terapia durerii - Abordare kinetoterapeutică. Bacău: Editura Alma Mater.

12. Simeon, N.A. (2008). The Concise Book of trigger points. Ediția a II-a, Berkeley: Editura North Atlantic Books.

13. Simons, D.G., Travell, J.G. (1999). Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual, Volume 1. Upper Half of Body. Ediția a II-a. Baltimore: ed. William & Wilkins.

14. Sbenghe, T. (1987). Kinetologie profilactica, terapeutică și de recuperare. București: Editura Medicală.

15. Voiculescu, I.C. (1971). Anatomia și fiziologia omului. București: Editura Medicală

#### ARTICOLE

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.20543/full> - accesat 15.01.2018

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza“ din Iași  
Facultatea de Educație Fizică și Sport  
Specializarea: Kinetoterapie și motricitate specială

# LUCRARE DE LICENȚĂ

Îndrumător:

Conferențiar Dr. Hagi Bogdan- Alexandru

Absolvent:

Câtea Ștefan Sebastian

Iași  
2018



*Kinetoterapia este o știință complexă, interdisciplinaritatea sa fiind dată de elemente de anatomie, fiziologie, biochimie, biomecanică, psihologie, etc., pe baza cărora se elaborează o metodologie specifică pentru cercetarea științifică. (Cioroiu S., 2012)*

Dintre bolile vasculare periferice cele mai mari probleme când vine vorba de recuperare medicală o ridică doar arteriopatiile obliterante cronice care determină treptat, în special în membrele inferioare, deficit funcțional prin reducerea progresivă a fluxului sanguin.

Hipoxia tisulară este ceea ce stă la baza procesului fiziologic din sindromul ischemic generator de infirmitate – incapacitate – handicap care conduce la perturbări metabolice locale ce vor determina atât afectarea reacțiilor energetice celulare, cât și alterări anatomice tisulare locale.

### **Motivarea alegerii temei**

Chiar dacă tratamentul etiopatogenetic poate fi atribuit în mare parte chirurgiei, prevenirea, corectarea și recuperarea deficiențelor funcționale ce se pot dezvolta revine medicinei fizice și, în mare măsura kinetoterapiei.

Un prim motiv ce m-a determinat să aleg această temă a fost faptul că am avut ocazia să intru în contact cu arteriopați ale căror cazuri, speciale fiecare în parte, m-au impresionat, motivându-mă să-mi aprofundez cercetarea legată de afecțiunea acestora.

În timpul lucrărilor practice desfășurate în cadrul Spitalului de Recuperare, Iași, am observat cât de frecventă este această afecțiune în rândul bărbaților aflați la vârsta adultă, iar acest lucru m-a îngrijorat.

Pentru un om activ, de vârstă medie, mersul este indispensabil, iar hipoxia tisulară pe lângă faptul că provoacă durere, face mersul să devină greoi sau imposibil, duce și la infirmitate-incapacitate- handicap.

În stadiul IV, de cangrenă, orice obiectiv de recuperare medicală este aproape iluzoriu, deoarece în majoritatea cazurilor este vorba de pacienți foarte puțin cooperanți, motiv pentru care au ajuns și la acest stadiu.

A trata o persoană cu arteriopatie obliterantă înseamnă a o motiva suficient pentru a fi hotărât să se recupereze și a-i elimina starea de anxietate deoarece această persoană vede cum se distruge un segment al corpului său, sau aflându-se în stadiu incipient îl poate vedea pe cel cu o formă mai severă.

### **Ipoteza temei**

Presupunem că prin mijloacele sale proprii, kinetoterapia poate contribui la activarea circulației colaterale și la ameliorarea oxigenării musculare locale, crescând capacitatea de efort și dacă se asigură continuitatea și regularitatea tratamentului de recuperare se poate obține și

evoluția în sens pozitiv din punct de vedere psihologic: pacientul își recăpătă încrederea în sine și se implică pentru o recuperare mai eficientă a afecțiunii.

## **Scopul și etapele cercetării**

În condițiile unui diagnostic funcțional exact și complet, scopul acestui studiu este urmărirea modului în care metodele și metodologia kinetoterapiei reprezintă o terapie ce se adresează cu precizie unor anumite verigi fiziologice ale bolii, în vederea ameliorării prognosticului și creșterii calității vieții.

Prin această lucrare am încercat să demonstrez că alcătuirea unui program de exerciții se poate ajunge la o îmbunătățire a funcției circulatorii.

### **Obiectivele cercetării**

Studierea literaturii de specialitate pentru edificarea asupra temei și a conținutului lucrării, unde se adaugă și contribuția personală.

1. Stabilirea ipotezelor cercetării și a modalităților prin care acestea pot fi verificate.
2. Selectarea mijloacelor și structurarea strategiei de intervenție kinetoterapeutică.
3. Aplicarea pe pacient a metodelor, tehnicilor și procedeelelor de tratament kinetoterapeutic selectat în funcție de evaluările și reacțiile subiecților.
4. Aplicarea pe pacient a metodelor, tehnicilor și procedeelelor de tratament kinetoterapeutic selectat în funcție de evaluările și reacțiile acestuia.
5. Inregistrarea în permanență a rezultatelor obținute și interpretarea lor pentru a evidenția evoluția subiecților.
6. Evaluarea finală a subiectului prin teste specifice și reprezentarea grafică a rezultatelor pentru obiectivizarea evoluției favorabile.
7. Elaborarea prezentei lucrări de cercetare care să cuprindă întreaga intervenție kinetoterapeutică.

### **8. Metode de cercetare folosite pentru realizarea temei**

- 1. Metoda documentării teoretice**
- 2. Metoda observației**
- 3. Metoda studiului de caz**
- 4. Metode de prelucrare și interpretare**
- 5. Metode de evaluare și testare**

## **Studiu de caz**

Studiul de caz s-a realizat la Spitalul Clinic de Recuperare, Iași, fiind îndrumat de doamna profesor kinetoterapeut Ciornovaliuc Gina.

Programul de recuperare a durat 6 luni, în perioada martie – iunie 2017.

## Pacient

- ☐ Pacient H.M.V, 57 de ani, sex masculin, mediu urban.
- ☐ Motivele internării:
  - Cefalee occipitală, cu iradiere fronto- parietală, cu debut matinal sau de efort;
  - Stare generală influențată;
  - Claudicație intermitentă cu apariție la mers , la mai puțin de 250 de metri;
  - Scăderea capacității de efort.
- ☐ Antecedente ereditare:
  - 1 frate cu Diabet zaharat tip 2;
- ☐ Antecedente personale patologice:
  - ☐ 2007 (47 ani): Hta gr III risc adițional foarte înalt (TA Max.= 180/90 mmHg), Diabet zaharat tip 2, Obezitate gradul II tip abdominal;
  - ☐ 2015 (56 ani): Retinopatie diabetică neproliferativa –declarativ;
- ☐ Condiții de viață și mediu
  - Fumător de 35 ani (35 pachete- lună)
  - Fost consumator cronic de etanol (timp de aproximativ 5 ani)

## Plan terapeutic

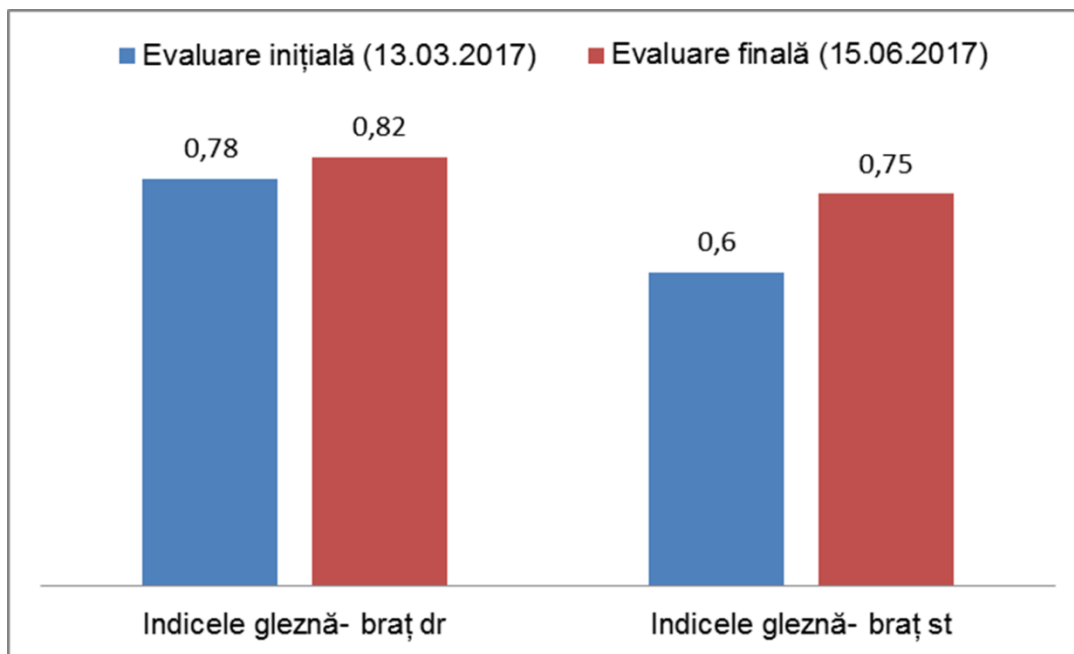
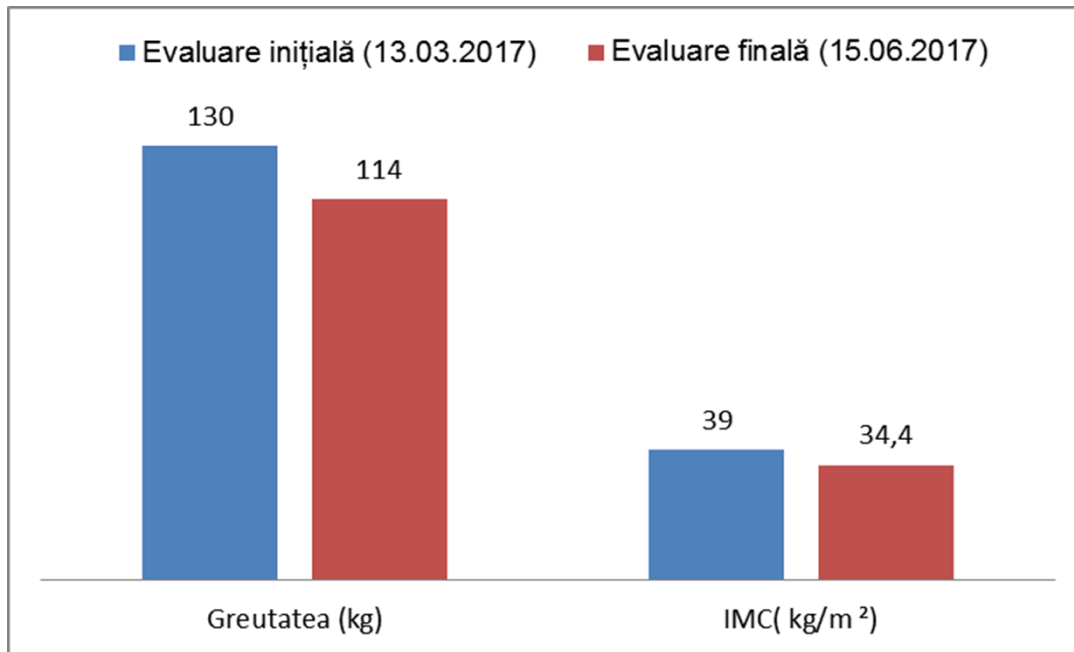
- ☐ Obiectivele recuperării:
  - Prevenirea riscului complicațiilor cardio-vasculare și trombolitice;
  - Prolungirea considerabilă a duratei efortului până la producerea claudicației;
  - Dezvoltarea circulației colaterale în teritoriile cu circulație deficitară;
  - Mărirea dozată a hipoxiei în musculatura ischemiată;
  - Favorizarea vasodilatației periferice;
  - Îmbunătățirea economiei actului motor;
  - Echilibrarea sistemului nervos cu influență asupra centrilor vasomotori;
  - Facilitarea întoarcerii venoase;
  - Prevenirea agresiunilor cutanate, fenomenelor de macerație și infecțiile piciorului;
  - Creșterea fluxului sanguin în musculatura scheletică;
  - Corijarea tulburărilor de mers;
  - Ameliorarea oxigenării locale;
  - Relaxare neuropsihică și musculară;
  - Creșterea capacității de efort;
  - Scăderea în greutate.
  - Prevenirea înaintării aterosclerozei (scăderea colesterolului).
  - Stimularea tuturor proceselor catabolice;
  - Creșterea parametrilor precum forță, mobilitate, rezistență prin eliminarea excesului de țesut adipos;

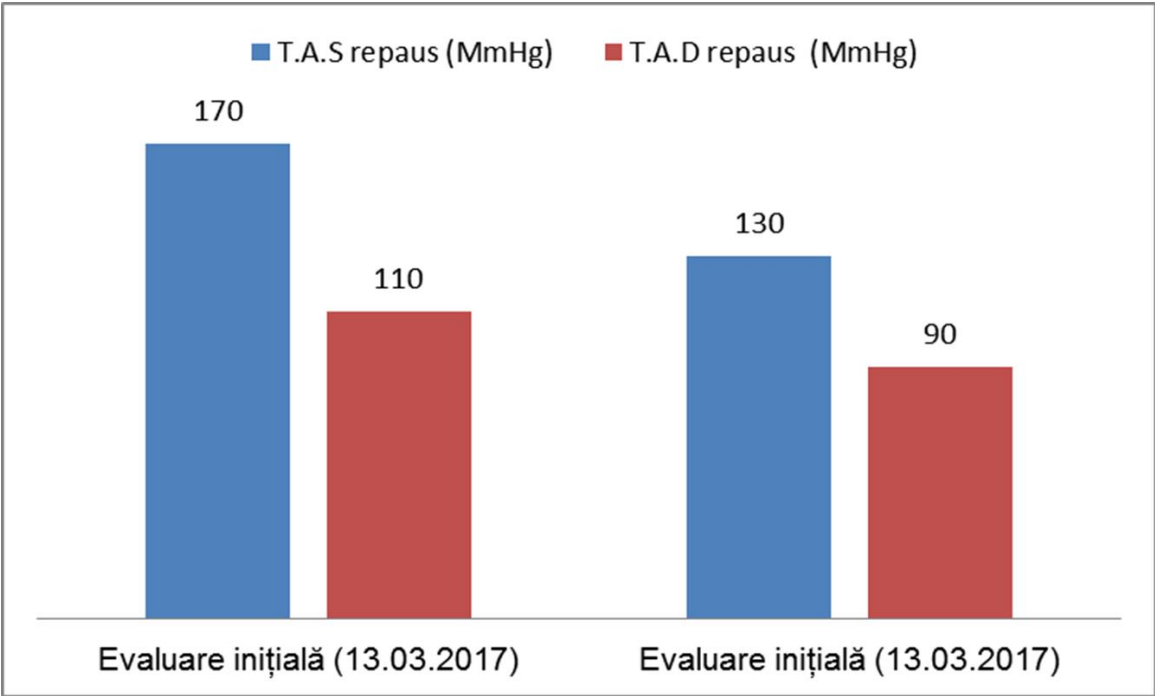
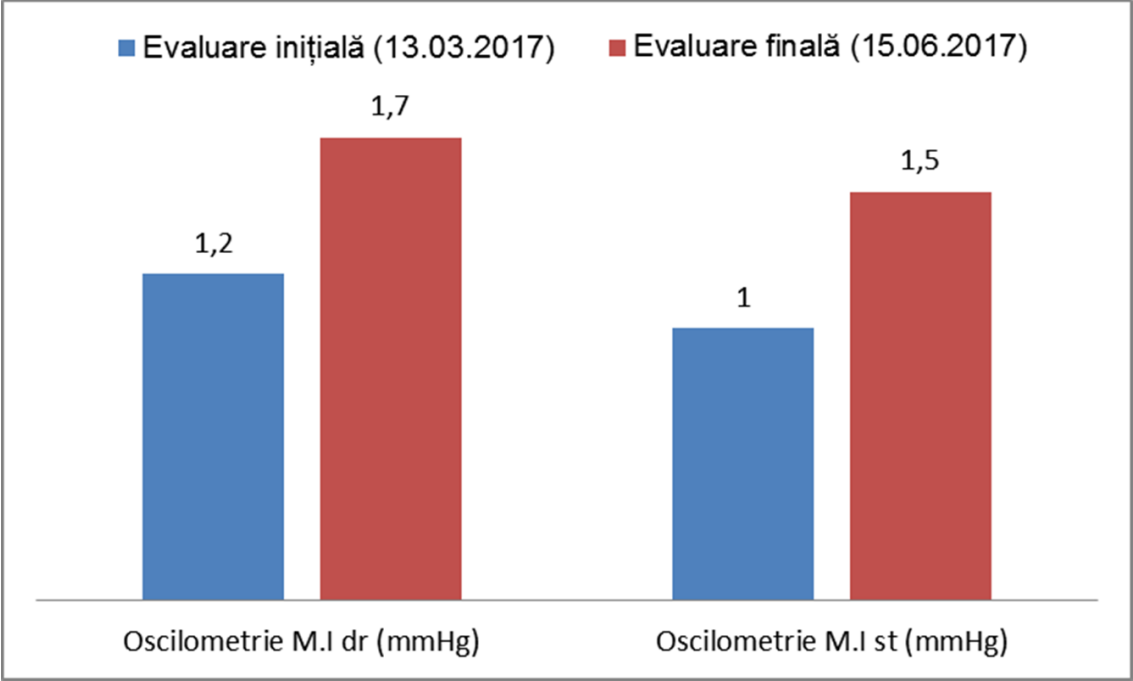
## Programul de kinetoterapie

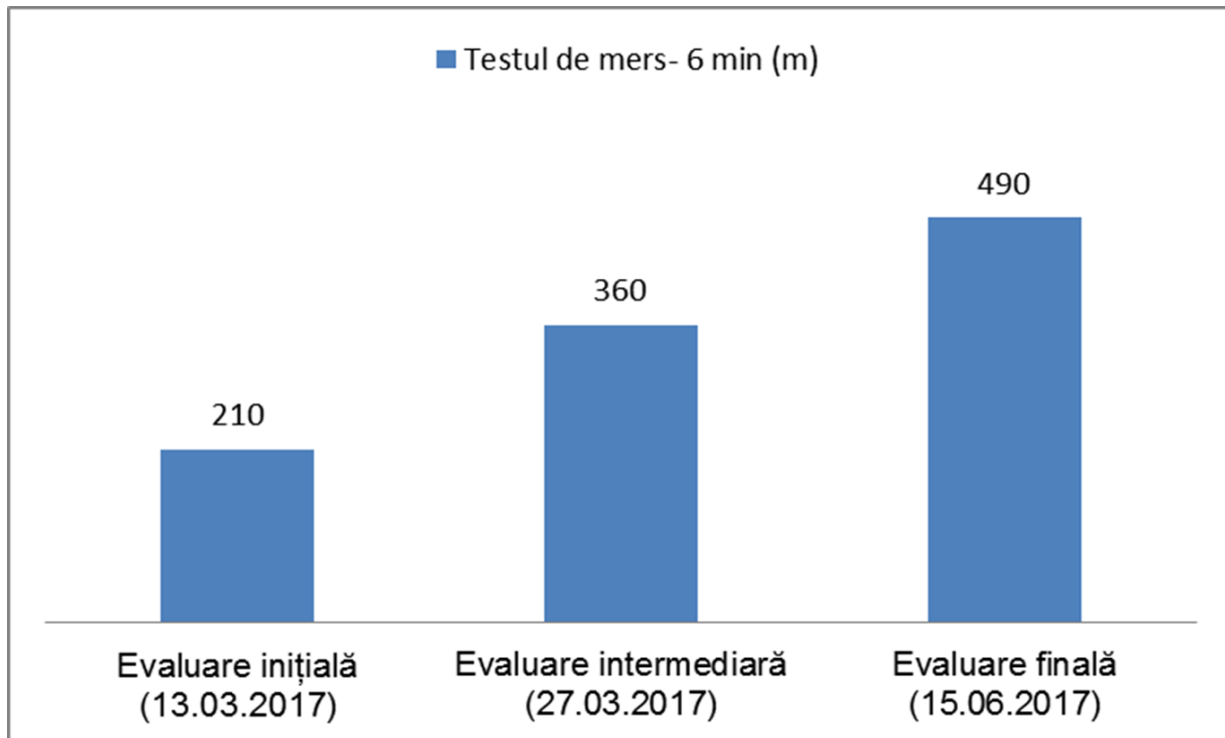
**Programul de kinetoterapie este constituit din 3 părți:**

1. Încălzirea (5- 10 minute)
  - Creșterea elasticității musculare;
  - Creșterea mobilității articulare;
  - Creșterea fluxului sanguin în teritorii;
  - Încălzește tendoanele, ligamentele, articulațiile, mușchii;
2. Programul propriu zis (10-20-30 minute)
3. Revenirea după efort (5-10 minute)
  - ☑ Se scade intensitatea efortului pentru a aduce organismului la parametrii inițiali.
  - ☑ În această fază se pot face exerciții de respirație, mers, metoda Jacobson- relaxare psihică și musculară ( scăderea F.C, scăderea T.A).
  - ☑ Dacă efortul se întrerupe brusc se poate produce hipotensiune arterial (vertij, creșterea F.C datorită împiedicării întoarcerii venoase)
  - ☑ Frecvența ședințelor: zilnic (intraspitalicesc), 2 ședințe / săptămână la domiciliu;
  - ☑ Intensitatea efortului : 60- 70 % din Fc max de effort;
  - ☑ Durata: crește progresiv;
  - ☑ Tipul de efort: aerob;

## Rezultate







## Concluzii

În urma finalizării activității de cercetare și a prelucrării și interpretării rezultatelor obținute, se poate afirma că ipoteza stabilită inițial s-a confirmat.

Se observă creșterea evidentă a valorilor măsurate pentru testul de mers, creșterea oxigenării locale verificată prin testul IGB, oscilometrie. Pe de altă parte se poate observa și că a crescut capacitatea de efort și rezistența la efortul fizic, fapt demonstrat de comportamentul din timpul ședințelor de kinetoterapie.

Așadar, exercițiul fizic, folosit în scop profilactic dar mai ales terapeutic influențează starea de sănătate și funcțiile fiecărui organ. Efortul fizic, chiar de intensitate mică, creează nevoia unui aport crescut de substanțe nutritive, accelerând funcțiile respiratorii și cardiovasculară, absorbția la nivelul intestinului, nutriția și excreția.

Se poate afirma că exercițiul fizic, repetat metodic și gradat după principii și reguli bine stabilite, în concordanță cu vârsta, sexul dar mai ales cu pregătirea anterioară a individului, îmbunătățește funcțiile mari ale organismului.

## Bibliografie

### *Repere literare*

1. Adina Stoica, Ileana Arsenescu, „Arteriopatia obliterantă”, Editura Medicală Antaeus, București, 2007;
2. Arthur C. Guyton, “Fiziologie umană și mecanismele bolilor ”, Editura Medicală Amaltea;
3. Bogdan-Alexandru Hagi, „Fiziologie generală”, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2009;
4. Bogdan-Alexandru Hagi, „Fiziologia și ergofiziologia activităților fizice”, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2014;
5. Bogdan Alexandu Hagi, „Kinetoterapia în afecțiuni cardio- vasculare”, Editura Universității Alexandru Ioan Cuza, Iași, 2014;
6. Carol Stanciu, Mărioara Stan, „Curs de semiologie medicală- Aparatul cardiovascular”, Editura Junimea, Iași, 2002;
7. Cezar Honceriu, „Fiziologie generală și a efortului fizic”, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2015;
8. Gabriela Reveica, Gheorghe Maxim, “ Fiziologie Generală” ;
9. Ioan Turcu, „Metodologia Cercetării în Educație Fizică și Sport “, Editura Universității ”Transilvania”, Brașov, 2007;
10. Izabela Lozincă, „Kinetoterapia în afecțiuni cardiovasculare”;
11. Matei Daniela, Zaha Dana, Pop Alina, „Fiziologie- Note de curs pentru studenții colegiilor medicale”, Editura Universității din Oradea, Oradea, 2010;
12. Mihai Epuran, „Metodologia Cercetării Activităților Corporale“, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2002;
13. Nicolae Gladun, Dumitru Tabac, „Ateroscleroza obliterantă a membrelor inferioare. Protocol clinic”, Arta Medica, Nr.3(24), 2007;
14. Paula Drosescu, Mihaela Poeană, “Anatomie ”;
15. Radu Ababei, „Metodologia cercetării activităților corporale“, Editura Pim, Iași, 2006
16. Silviu Gabriel Cioroiu, „Hidrokinetoterapia deficiențelor fizice”, Editura Universității Transilvania, Brașov, 2012;
17. Tudor Sbenghe, „Recuperarea medicală la domiciliul bolnavului”, Editura Medicală, București, 1996.

### *Repere electronice*

1. <http://www.cardio-team.ro/testarea-de-efort-in-cardiologie/>
2. <http://www.romedic.ro/oscilometria-OC406>
3. <http://www.romedic.ro/arteriopatia-obliteranta-a-membrelor-inferioare-aomi>
4. <http://www.romedic.ro/arteriopatia-obliteranta-a-membrelor-inferioare-aomi>



5. [http://old.ms.ro/documente/MANAGEMENTUL%20PACIENTILOR%20CU%20BOALA%20ARTERIALA%20PERIFERICA-Anexa%202\\_8818\\_6814.pdf](http://old.ms.ro/documente/MANAGEMENTUL%20PACIENTILOR%20CU%20BOALA%20ARTERIALA%20PERIFERICA-Anexa%202_8818_6814.pdf)
6. <http://www.romedic.ro/oscilometria-0C406>
7. <https://www.revistagalenus.ro/practica-medicala/arteriopatia-obliteranta-membrelor-inferioare/2/>
8. <http://www.romedic.ro/pletismografia-0C407>

# RECUPERAREA KINETOTERAPEUTICĂ A PACIENTULUI ÎN HERNIE DE DISC LOMBARĂ

CHIRILĂ A.A

Universitatea Alexandru Ioan Cuza, Strada Toma Cozma, nr.3, Iași

Telefon secretariat: +40 (232) 201026, E-mail: [admefs@uaic.ro](mailto:admefs@uaic.ro), Cod poștal: 700554

Îndrumător: Lect. Univ. Dr. Neculăeș Marius

## REZUMAT:

Scopul este obținerea unei independențe fizice, cu integrare socială și profesională, astfel încât indicele de calitate al vieții sale să se îmbunătățească considerabil.

Presupunem că, aplicând mijloacele specifice kinetoterapiei într-un mod corect și particularizat fiecărui pacient în parte, vom obține o îmbunătățire funcțională a subiectului cu hernie de disc operată dar și stagnarea procesului evolutiv al pacientului cu hernie de disc neoperată.

Materialele utilizate ce au stat la baza cercetării au fost testările specifice: Lasegue, Schober, distanța degete-sol, bilanț muscular, testing articular și scala analog-vizuală.

Metodele de cercetare folosite: metoda studierii de specialitate, metoda studiului de caz, metoda comparației și metoda statistico-matematică.

Rezultatele obținute în urma efectuării programului kinetoterapeutic de către pacienții incluși în caz, au evidențiat importanța exercițiului fizic în recuperarea funcțională.

Recuperarea s-a realizat particularizat. Odată cu înaintarea în vârstă, procesul de refacere este încetinit, determinând diferite modificări hormonale, apariția menopauzei în cazul femeilor. În debutul herniei de disc, tipul de activitate profesională prestat și adoptarea unei posturi vicioase duc la solicitări mecanice care afectează într-un mod necorespunzător coloana vertebrală.

Cuvinte cheie: refacere, discopatie, program terapeutic, mijloace kinetice.

# POSSIBILE ELEMENTE DE KINETOTERAPIE APLICATE LA DOMICILIUL BOLNAVULUI

**Coordonator științific: Prof. Univ. Dr. Paula Drosescu**

**Absolvent: Costandache Dana-Iuliana**

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, România, Facultatea de Educație Fizică și Sport, specializarea Kinetoterapie și Motricitate Specială

## REZUMAT:

**CUVINTE CHEIE:** AVC, hemiplegie, scala Ashworth modificată, scala ADL, parametri funcționali, metoda Schultz

Lucrarea este structurată în 3 capitole.

Capitolul 1 este împărțit în 2 părți, și anume: informații despre kinetoterapia la domiciliu, respectiv informații despre accidentul vascular cerebral.

Capitolul 2 conține motivația alegerii temei, scopul, obiectivele, sarcinile și ipoteza cercetării, metodele de cercetare folosite pentru realizarea lucrării și procesul de măsurare și evaluare.

În capitolul 3 sunt relatate aplicațiile, rezultatele și interpretarea acestora. De asemenea, sunt introduse aspecte despre subiecți și locul desfășurării cercetării.

**Scopul** acestei lucrări este realizarea unor programe de recuperare aplicabile la domiciliul bolnavului, care să ducă la îmbunătățirea calității vieții, ținând cont de vârsta și limitările aparatului locomotor.

**Ipoteza cercetării.** Presupunem că prin mijloacele și procedeele kinetice selectate și aplicate la domiciliul subiectului, se poate contribui la îmbunătățirea indicilor restantului funcțional și a parametrilor funcționali, influențând calitativ și cantitativ perioada de verticalizare.

### **Material și metode**

Studiul a fost efectuat pe parcursul anului III din ciclul de licență, din luna februarie până în luna mai 2018, pe o persoană de gen masculin, sub supravegherea kinetoterapeutului Asăvoaiei Luiza, din cadrul centrului Diecezan Caritas, Iași. Cercetarea s-a desfășurat la domiciliul subiectului.

Diagnosticul clinic al subiectului Z.I.(84 ani) : AVC sechelar , hemiplegie pe partea stângă, HTA stadiul II-III, atrofie cerebrală

Testele prin care subiectul a fost evaluat inițial, intermediar și final sunt următoarele: Testing articular și muscular, scara Ashworth modificată, testul de control pentru trunchi, scala analog vizuală, scala ADL. De asemenea s-a măsurat perimetrul musculaturii brațului și coapsei și funcțiile vitale (tensiunea arterială, frecvența cardiacă și respirația).

S-a lucrat cu o frecvență de 3 ședințe pe săptămână, timp de 50 de ședințe. Inițial s-a lucrat pentru 2 luni din decubit dorsal, utilizând următoarele mijloace și tehnici: masaj, termoterapie, posturări corective, mobilizări pasive, auto-pasive, active, active cu ușoară rezistență, tehnici de facilitare neuroproprioceptivă (IL,IR,Kabat), tehnici de relaxare (metoda Schultz), exerciții active, exerciții de reeducare a respirației și tracțiuni în ax. După 2 luni, s-a lucrat din decubit dorsal o parte din program, apoi s-a continuat din așezat la marginea patului.

### ***Rezultatele cercetării***

Testingul articular nu s-a modificat pe perioada cercetării, în schimb, testingul muscular s-a îmbunătățit atât la nivelul membrului inferior, cât și superior.

Gradul de spasticitate la nivelul membrelor a scăzut, de asemenea rezultatul testului de control pentru trunchi s-a îmbunătățit cu 25% față de testarea inițială.

Intensitatea durerii a scăzut considerabil (de la 8, inițial, la 4, final).

Măsurarea funcțiilor vitale a înregistrat valori optime vârstei subiectului, astfel încât acesta a fost menținut între valorile normale (tensiunea arterială și pulsul), iar numărul de respirații a crescut de la 14 respirații/min, în prima ședință, la 18 respirații/min, în ultima ședință.

### ***Concluzii***

Pe parcursul celor 4 luni, în care s-au aplicat programele terapeutice, dar și medicația prescrisă de doctor, s-au observat îmbunătățiri ale sistemelor și aparatelor corpului.

În cazul aparatului locomotor, elementele de kinetoterapie au menținut gradele amplitudinii de mișcare existente la testarea inițială, iar forța musculară s-a îmbunătățit.

Gradul de spasticitate, atât la nivelul membrului superior, cât și la nivelul membrului inferior a scăzut, fapt ce îl ajută semnificativ pe subiect, pentru activitățile vieții zilnice.

Parametrii funcționali, respectiv tensiunea arterială, frecvența cardiacă și respirația au fost îmbunătățiți, raport la vârsta și nivelul patologiei.

Tensiunea arterială s-a menținut între 120/80 mm Hg și 150/70 mm Hg. Acest rezultat contribuie la progresele enumerate anterior, deoarece trebuie să se țină cont de diagnosticul subiectului, hipertensiune stadiile II-III, dar și de vârsta acestuia. Valoarea de 150/70 mm Hg semnifică hipertensiune ușoară de gradul I, astfel tensiunea arterială s-a menținut în parametrii optimi specifici vârstei subiectului.

Frecvența cardiacă a variat între valorile 57 și 69, măsurată înainte de ședință. Pe întreaga perioadă de tratament, subiectul s-a încadrat în valoarea normală. (60-80 bătăi/min).

Numărul de respirații pe minut a crescut de la 14 la 18, ceea ce înseamnă o ventilație pulmonară mai bună.

Rezultatele bune observate la nivelul sistemului cardio-respirator influențează pozitiv capacitatea de efort, fapt care prelungește timpul petrecut în așezat la marginea patului.

Se constată că menținerea poziției așezat la marginea patului a cunoscut o creștere, atât din punct de vedere calitativ (nu necesită asistență, iar senzația de durerea și vertijul au fost ameliorate), cât și cantitativ (timpul petrecut în această poziție depășește 25 minute). Acest rezultat contribuie la îmbunătățirea calității vieții, prin faptul că subiectul nu mai depinde de membrii familiei pentru a servi masa.

În cadrul testării finale, subiectul a relatat un nivel scăzut de durere, precum și o stare generală mai bună.

Toate cele enumerate anterior contribuie la o calitate a vieții superioară celei anterioare, îndeplinind obiectivul principal în astfel de patologii.

În urma celor relatate, se poate afirma că ipoteza se confirmă.

### **Bibliografie**

1. Albu, A., Albu, C., Petcu, I. (2001). *Asistența în familie a persoanei cu deficiență funcțională*. Iași: Ed. Polirom.
2. Barat, M., Arne, L. (1977). *La place de la rééducation au stade initial des accidents vasculaires cérébraux*. Bordeaux: Ed. Médical.
3. Bălțeanu, V., Irimia, D., Soponaru, C., Albu, A., Neculăeș, M., Hagi, B.A., Rusu, O. (2008). *Aspecte metodico-practice ale kinetoterapiei la domiciliu*. Iași: Ed. Pim.
4. Bradea, C., Tămașu, L. (2002). *Ghid practic de KINETOTERAPIE la domiciliu*. Fundația pentru îngrijirea vârstnicului.
5. Burns, A., Lawlor, B., Craig, S. (1999). *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. London: Ed. Martin Dunitz.
6. Chirazi, M., Petrea, R.G. (2015). *Metode de cercetare științifică în educație fizică și sport*. Iași: Ed. Universității „Alexandru Ioan Cuza”.
7. Drosescu, P. (2015). *Controlul medical în activități motrice*. Iași: Ed. Universității „Alexandru Ioan Cuza”.
8. Folstein, M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975). *Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. Ed. Psychiatr Res.
9. Hagi, B.A. (2014). *Fiziologia și ergofiziologia activităților fizice*. Iași: Ed. Universității „Alexandru Ioan Cuza”.
10. Kiss, I. (1989). *Recuperarea neuro-motorie prin mijloace fizical-kinetice*. București: Ed. Medicală.
11. Marcu, V., Dan, M. (2006). *Kinetoterapie*. Oradea: Ed. Universității din Oradea.
12. Moțet, D., Mârza, D. (1995). *Bazele teoretico-metodice ale exercițiului fizic (Activități motrice)*. Note de curs. Universitatea din Bacău.
13. Neculăeș, M., Lucaci, P. *Măsurare și evaluare în kinetoterapie (note de curs)*. Iași.
14. Postolache, N. (2007). *Istoria universală a kinetoterapiei*. București: Ed. Fundației România de Mâine.
15. Sbenghe, T. (1987). *Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare*. București: Ed. Medicală.
16. Sbenghe, T. (1996). *Recuperarea medicală la domiciliul bolnavului*. București: Ed. Medicală.
17. Tiberiu, V., Pendefunda L. (1992). *Recuperarea bolnavului hemiplegic adult*. Iași: Ed. Contact Internațional.
18. A guide for people recovering from stroke. (2005). *Early Testing and Treatment*. National Stroke Foundation. Melbourne.

### **SITE-URI :**

1. <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/trunk-control-test>
2. <https://physiokinesis.ro>

### **ARTICOLE :**

1. <http://terrat.romain.free.fr/MEMOIRE/BIBLIO/ARTICLES>

# **METODE ȘI MIJLOACE DE CORECTARE ȘI CONSOLIDARE A POSTURII, PRIN UTILIZAREA ELEMENTELOR DE DANS**

Coordonator științific: **Conf. Dr. Popescu Veronica**

Absolvent: **Constantinescu Mihai-Alexandru**

## **CUPRINS**

Lucrarea este efectuată pe 3 capitole

În capitolul I, s-a expus fundamentarea teoretică a lucrării, expunând actualitatea și importanța terapiei prin dans, istoricul privind evoluția dansului, noțiuni generale despre stilurile de dans abordate și noțiuni de anatomie ale coloanei vertebrale, respectiv patologia deviațiilor posturale.

În capitolul II, este ilustrată metodologia elaborării cercetării cuprinzând motivația, scopul, ipoteza, metodele de cercetare și procesul de măsurare și evaluare.

În capitolul III, sunt prezentate aspectele practice ale cercetării, respectiv prezentarea subiecților, mijloacele folosite și rezultatele obținute și interpretarea lor.

### **Cap. I**

Terapia prin dans face parte din categoria terapiilor expresiv-creative, alături de terapia prin muzică, terapia prin arta vizuală și dramaterapia. Are ca fundament principiul care arată că mișcărilor și emoțiile sunt într-o permanentă conexiune.

Scopul final al terapiei prin dans este de a construi o stare de echilibru și armonie și un sentiment de integritate.

### **Cap. II**

Principalul scop al acestei cercetări este de a evidenția influența dansului asupra corpului uman, din toate punctele de vedere, fizic, psihic și emoțional; de a sublinia și care dintre acestea sunt afectate în mai mare măsură.

Ipoteza principală a acestei cercetări este aceea că, dansul, respectiv, terapia prin dans, poate corecta și consolida posturile deficitare.

Măsurarea și evaluarea posturii corporale s-a realizat prin metode subiective și obiective. Pentru confirmarea ipotezei acestei lucrări au fost efectuate testări inițiale și testări finale.

### Cap. III

Variabila independentă a acestei lucrări constă într-un program de dans, aplicat într-o perioadă de 14 săptămâni.

Stilurile de dans folosite sunt în număr de 5, acestea fiind, Vals Vienez, Salsa, Dans Modern, Dans popular românesc și dansul contemporan. Fiecare stil de dans având un anumit efect asupra posturii sau stării emoționale.

### **Concluzii**

1. Raportându-ne la rezultatele obținute, putem spune că cercetarea și-a îndeplinit obiectivele, în sensul că dansul a influențat într-o mare măsură, pe lângă aspectul fizic, psihicul și emoțiile umane.

2. Ipoteza principală, cum că dansul, respectiv, terapia prin dans, poate consolida postura anatomică corectă, a fost confirmată, însă pentru corectarea deficiențelor sunt necesare mai multe ședințe de terapie prin dans.

3. În ceea ce privește creșterea mobilității coloanei dorso-lombare a subiecților, observăm o creștere semnificativă, dansul contemporan contribuind la creșterea mobilității.

4. Ultima ipoteză confirmă, că indiferent de stilul de dans abordat, va aduce individului o schimbare, în bine, a stării sale emoționale și psihice, după cum au și relatat participanții în chestionarul și feedback-urile acestora.

5. Din punct de vedere estetic se observă schimbări semnificative, la majoritatea subiecților, greutatea acestora a scăzut și masa musculară posturală s-a consolidat. Dansul, aducând o schimbare în viața individului, prin orice mijloc.

## Surse bibliografice

1. Cordun, M. (2009). Kinantropometrie. CD Press
2. Frent, D.(2003). Istoria dansului. Curs.Tg. Mureș: Editura Universității de artă teatrală
3. Liana, C. (2001). Anatomie și biomecanică vol II. Galați: Editura Fundației Universitare “Dunărea de jos”
4. Popa, G. (1999). Metodologia cercetării științifice în domeniul educației fizice și sportului. Timișoara: Editura orizonturi universitare
5. Potop, V. ( 2008). Introducere în dansul sportiv. București: Editura BREN
6. Preja, C. (2014). Expresivitatea corporală, comunicarea motrică, euritmia și dansul în dezvoltare. Cluj-Napoca: Editura GMI
7. Șerbănescu, G. (2007). Dansul contemporan – sensuri ale corpului. București: Fundația culturală “Camil Petrescu”
8. Ursanu, T. (1961). Istoria dansului. București: Editura muzicală
9. Vancea, F. (2009). Introducere în terapia prin dans. Sibiu: Psihomedica
10. Zamora, E. (2006). Anatomia omului. Aparatul locomotor și biomecanică. Cluj-Napoca: Risoprint
11. <http://www.romedic.ro/terapia-prin-dans-0C721>
12. [http://www.romlit.ro/index.pl/din\\_istoria\\_dansului](http://www.romlit.ro/index.pl/din_istoria_dansului)
13. <https://www.latino-time.ro/istoria-dansului-vals-vienez>
14. <http://www.royaldance.ro/>
15. <http://stop-and-dance.ro/salsa.html>
16. <https://www.latino-time.ro/dansuri/scopul-dansului-modern.html>
17. <http://www.gsam.ro/dp/istoria-dansului-popular.html>



## STUDII CONSTATIVE PRIVIND ASIGURAREA SERVICIILOR DE MASAJ DIN ROMÂNIA (REGIUNEA MOLDOVEI)

Copăceanu A.

Universitatea “Alexandru Ioan Cuza ”, Strada Toma Cozma, nr. 3, Iași

Telefon secretariat: +40 (232) 201 026, E-mail: [admefs@uaic.ro](mailto:admefs@uaic.ro), Cod poștal: 700554

Îndrumător: Lect. Univ. Dr. Puni Alexandru-Rareș

### REZUMAT:

Scopul acestei lucrări de cercetare este de a efectua compararea raportului dintre serviciile oferite de către terapeuți și gradul de satisfacere a pacienților în legătură cu calitatea acestora.

Presupunem că, asigurarea calității serviciilor de masaj este una satisfăcătoare atât pentru pacienți cât și pentru terapeuți în raport cu necesitățile societății contemporane.

Materialul utilizat în această lucrare de licență a fost chestionarul. Am aplicat un chestionar format din 18 întrebări pentru pacienți și un chestionar cu un număr de 16 întrebări pentru maseuri. Modul de operare al chestionarului a fost electronic și direct, tipul întrebărilor sunt închise, alternative și deschise, construirea lor este în funcție de scopul acestei lucrări.

Metodele de cercetare pentru îndeplinirea sarcinilor acestei lucrări au fost: metoda bibliografică, metoda studiului de caz, metoda anchetei și metoda statistico-matematică.

Rezultatele obținute subliniază faptul că majoritatea pacienților optează pentru centrele private de masaj datorită faptului că acestea oferă calități și condiții superioare în raport cu costul serviciilor, față de centrele de stat unde fluxul de pacienți este crescut iar disponibilitatea personalului scade datorită acestui fapt.

Asigurarea serviciilor de masaj este realizată cu succes atunci când pacientul este satisfăcut, calitățile și condițiile sunt îndeplinite, relația dintre client și maseur se întemeiază pe cooperare și încredere, maseurul dă dovadă de competență și devotament.

Cuvinte cheie: satisfacere, calitate, condiții, profesionalism, reciprocitate.

## Rezumat

Detaliile surprinse de Ostrogorsky sunt esențiale în analiza sistemului statal bizantin. Ideea conform căreia numai sinteza culturii elenistice și a religiei creștine cu structura statală romană a permis formarea acestui fenomen pe care îl numim Imperiul Bizantin, atestă caracterul de superioritate cu care împăratul bizantin se adresa capetelor încoronate din Occident. Imperiul fiind o emanație a voinței divine, iar împăratul alesul lui Dumnezeu, întrucât are un caracter divin. Și într-adevăr, cu puține excepții, toți împărații au fost evlavioși, mergând adesea până la ascetism religios, și au manifestat respect față de clerul pe care îl considerau ortodox. Tocmai din acest motiv pe tot parcursul acestei perioade medievale Biserica a exercitat o mare autoritate asupra vieții politice, sociale și culturale, ceea ce de cele mai multe ori a reprezentat un avantaj.

Astfel, Imperiului Roman din Orient, mai exact Imperiul Bizantin, s-a transformat într-o monarhie grecească cu moravuri orientale, ceea ce a și rămas până în ziua de 13 aprilie 1204 când din punct de vedere al continuității administrative, Imperiul bizantin își încetase existența. Fratricidul și-a făcut apariția pe harta vieții Imperiului bizantin. La modul cel mai propriu, perioada respectivă a reprezentat dislocarea din temelii a imperiului, ce a fost personificat și asemănat cu „omul bolnav al Evului Mediu”. Mască sub care s-a ascuns conceptul istoric al aducerii Orientului sub autoritate pontifă a luat înfățișarea ideologiei pseudo-religioase prin care cruciații voiau să elibereze locurile sfinte.

Ce a reprezentat un dezavantaj pentru bizantini se dovedește a fi avantaj ce încă dăinuie printre occidentali. Suprafața istorică ne prezintă jaful pe care Constantinopolul l-a suferit, un act barbar ce Bizanțul poate nu l-ar fi meritat, dar adâncimea acestui act îl privim ca fundament, ca temelie pentru cultura Occidentală ce abia atunci avea să i-a naștere. Acesta este și motivul pentru care Djuvara propune următoarea idee: „Bizanțul are un ascendent asupra culturii occidentale”.

Ultimei perioade a sistemului imperial bizantin istoria îi rezervă o reputație mai puțin bună, încadrându-o în rubrica renașteri pierdute. Indubitabil perioada a avut înfloririle ei, dar în momentul cel mai culminant, nici măcar diplomația, ca fiind arma cea mai de preț a imperiului, nu a mai putea avea niciun efect împotriva armatei turce care în 1453 scaldă capitala decadentului imperiu în sânge, astfel prăbușindu-se într-un mod subit, dar previzibil, tot sistemul imperial bizantin.

Pe de altă parte, atât triburile germanice din Italia cât și triburile goților din Spania sau triburile francilor recunoșteau, chiar dacă doar și nominală, autoritatea împăratului roman de la Constantinopol. În schimb, moștenirea romană se poate observa foarte bine la aceste triburi doar dacă urmărim câteva coordonate foarte importante cum ar fi: limba latină folosită ca limbă oficială

în administrație, dreptul roman, simbolistica imperială și creștinismul ca religie de stat, de unde ne putem da seama de asemănarea cu Imperiul Bizantin de până la Heraclius.

Numai că dinamica relației dintre autoritatea spirituală și autoritatea temporală va fi una dintre elementele definiții ce va diferenția mult între lumea bizantină și lumea occidentală. Supus numai în nume împăratului, papalitatea exercita o influență deosebit de mare și avea o putere politică la fel de mare deoarece legitimitatea confirmată de papă super-ceda orice alt fel de legitimitate. În special după căderea Imperiului Roman de Apus, papalitatea va juca rolul de facto al unui împărat. Astfel, dacă în Imperiul Bizantin patriarhul era un subordonat umil al împăratului, în partea apuseană, papa se bucura de o autonomie mult mai mare.

Prin sistemul de învățământ pe care-l întâlnim în cele două culturi europene noi de fapt scoatem în evidență activitatea mentală la nivel intelectual pe care-o întâlnim în Europa medievală. Pe de-o parte pregătirea intelectuală a laicilor bizantini, care se bucurau de un mediu universitar încă din perioada lui Constantin cel Mare, era mult mai apreciată decât cea a occidentalilor care abia prin anul 1079 și-au întemeiat primele Universități, astfel o bună perioadă a Evului Mediu trăind într-o ignoranță desăvârșită.

Organizările și reorganizările suferite de-a lungul timpului de către școlile bizantine au avut ca rezultat un ecoul de celebritate ce răsuna în toată Europa medievală, influența lor făcându-se simțită atât asupra culturii arabe, cât și a culturii occidentale. Ideal grecesc de „kalokagathia” pe care-l propovăduiau învățații din Constantinopol, avea să-i cucerească pe occidentali, de unde vedem un element de cvasi-noutate, aproape paradoxal și anume aflul de studenți occidentali veniți să studieze limba greacă și pe autorii antici.

Pe lângă Universitatea imperială, destinată exclusiv pentru predarea disciplinelor laice, exista și o școală superioară de teologie, denumită Școala Patriarhală. Deși era sub jurisdicția Patriarhiei de Constantinopol, Mihail Italikos nu ezită să introducă în programul de învățământ materiile care nu aveau nimic comun cu Scriptura, ca matematica, filozofia, literatura antică. Antipodul în schimb va rămâne deoarece pe lângă Universitate și Școala Patriarhală, mai existau și școlile mănăstirești care prin spiritul și prin programa lor de învățământ, erau opuse celor amintite deja. Deși studiul Psaltirii, a Scripturii și a Vieții Sfinților era prezent și în această formă de învățământ, totuși idealul călugărilor din școlile monahale era ascetismul.

Dacă învățământul superior din Orient era împărțit în așa măsură, în Occident avem parte de un fenomen cu totul nou. Sistemul educațional Occidental începe treptat să fie alăturat instituțiilor monastice, școala asimilându-se cu totul la mănăstire. Aceste mănăstiri medievale vor ajunge să fie însă veritabile centre de cultură ce vor rivaliza cu vechile școli seculare păgâne din defunctul Imperiu Roman. Ulterior vedem totuși cum aceste școli care în esența lor ar fi trebuit să slujească un rol pur teologic încep să își diversifice programa de studii spre a acoperi nevoia de

instrucție a unui personal administrativ capabil nu numai în chestiuni de dogmă creștină ci și în probleme de economie ori jurisprudență.

Monahii erau în număr de zeci de mii, depășind birocrația și apropiindu-se de cifrele efectivelor armatei imperiale bizantine. Cu toate că existau mănăstiri în centrul polisurilor, cei mai admirați călugări erau cei mai puțin accesibili, isihăștii mănăstirilor din pustie ce dobândiseră pacea interioară prin anumite metode și practici aplicate.

Practica monahală a rugăciunii inimii era aplicată în tot locul și la tot lucrul de către monahul răsăritean, ba chiar anumite dreptare recomandă rostirea rugăciunii și în timpul activităților fizice din interiorul mănăstirii. În tratatul „Despre ostenele vieții călugărești” Teolipt recomandă monahilor să nu ocolească plecările genunchilor. Căci plecarea genunchilor închipuie căderea păcatului de la noi și prilejuiește mărturisirea lui; iar ridicarea înseamnă pocăința, închipuind făgăduința unei vieți în virtute. Dar fiecare îngenunchere să se săvârșească cu chemarea înțeleghătoare a lui Hristos, ca prinzându-ne cu sufletul și cu trupul de Domnul, să ni-L facem milostiv pe Dumnezeuul sufletelor și al trupului.

În contrast cu gândirea aceasta, occidentalul Toma ce a dat lumii una dintre operele clasice ale istoriei filosofiei și una dintre cele mai influente opere ale literaturii occidentale, se raportează mai mult la educația intelectuală. De unde rezultă că spiritualitatea creștină din Apus s-a îndreptat mai mult spre intelectualitate, iar spiritualitatea creștină de Răsărit s-a îndreptat mai mult spre ascetism, isihie și metanoia.

La nivelul activităților corporale ale soldatului ce apăra teritoriul, lucrurile sunt clare, soldații ambelor teritorii având un regim marțial riguros pe care-l respectau, astfel fiind tot timpul gata de luptă. Însă instituția cavaleriească a Occidentului iese în evidență prin disciplină și prin treptele evolutive. Din cercetarea noastră reiese că existau trei grade de cavaleri: pajii, scutierii și cavalerii propriu-zisi, motiv pentru care programul de antrenament era unul foarte riguros începând încă din copilărie.

De pildă datoria unui paj era să îngrijească armele cavalerului ce-l avea în subordine, calul acestuia și să îl servească ca un servitor personal. Toate acestea în timp ce era supus unui regim marțial de antrenament în urma căruia trebuia să învețe să călărească și să lupte cu spada de lemn. Ascensiunea la statutul de scutier se făcea printr-un ritual religios în care o sabie era binecuvântată de preot sau de episcop, după care îi era înmănată tânărului paj. Astfel acum el avea dreptul de a lupta cu o sabie adevărată, însă formarea unui scutier nu se oprea aici, el trebuia să învețe să stăpânească cele șapte agilități: călăritul, înotul, trasul cu arcul, cățărutul, lupta corp la corp și dansul. Însă declinul acestei elegante instituții ce servea papalității a survenit de prin secolul al XIV-lea, cauzele fiind multiple.

Lumea medievală era una deosebit de violentă în care teama și sentimentul nesiguranței domneau la fiecare pas, iar informații legate de activitățile sportive sunt minimale, cu toate acestea medievalii nu se plictiseau. De pildă copiii găseau oricând din ce să-și facă o minge, dedându-se la tot felul de exerciții mai fizice, de la jocul de-a capra până la luptă, care permite să se canalizeze tendințele naturale spre înfruntare, prefigurând totodată unele ocupații ale adulților. Una dintre activitățile recreative, practic singura acreditată documentar în ambele regiuni, a fost vânătoarea.

Expresiei prin care Biserica este cunoscută ca fiind ostilă îi aducem contra-argumentul pe care Kaplan îl relatează. Biserica, spune el, nu a putut, și nici nu s-a gândit, să se împotrivescă jocurilor organizate de împărat la Hippodrom, deoarece locul și ceremonialul său păstrau un caracter prea profund politic pentru a putea fi supuse vreunei contestări. Mai mult, în cadrul serbărilor, poporul avea privilegiul de a avea ca participant principal pe împăratul care era însoțit de patriarh.

Spre sfârșitul perioadei Evului Mediu, când situația socio-politică se stabilizează iar oamenii nu mai sunt nevoiți să își mai dedice atât de mare parte timpului pregătirii militare occidentalii au o altă perspectivă asupra activităților corporale. Astfel vom vedea emergența mai multor sporturi pe care le cunoaștem și astăzi cum ar fi: golful, fotbalul, bowling-ul și tenisul. Totodată gimnastica și sporturile acrobatice reapar și ele în viața publică. Pe când în Orient se amintește despre renumitul joc de șah pe care inclusiv împărații îl jucau spre relaxare și un joc călare cu mingea asemănător cu polu-ul, practicat de un aristocrat ce intrase în conflict cu un anume Nikon Metanoeite.

## REZUMAT

### EPECTELE KINETOTERAPIEI ÎN RECUPERAREA PERSOANELOR CU DIVERSE PATOLOGII – GONARTROZA

#### Introducere

Gonartroza este cea mai frecventă artroză, localizată la nivelul genunchiului, reprezentând peste 50% din cazurile de genunchi dureros.

“Primele descrieri clinice ale bolii se datorează lui Jones (1909), Stockman și Fischer. Weissenbach și Francon au descris “lipoartrita uscată bilaterală a genunchilor”. Studiul anatomopatologic al gonartrozei a fost efectuat de Heine (1926), Parker, Hufer, Myers și Irvin (1934), Waine și Bauer (1936-1942).” (“Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale Numărul 2(43) / 2014 / ISSN 1857-0011” – pg.82-86)

Astăzi se poate afirma că termenul de „gonartroză” nu mai are nevoie de o extindere a definiției sale. Localizată la nivelul genunchiului, această afecțiune implică anumite caracteristici din următoarele puncte de vedere:

- Etiologic: ruperea echilibrului de cauză primordială mecanică, între presiunea unitară și calitatea cartilajului articular;
- Anatomic: uzura progresivă a cartilajului până la dispariția sa în zonele eforturilor unitare de compresiune maximă cu reacții de eburnare osoasă subiacentă și o steofitoză marginală în jurul zonei lezate;
- Clinic: evoluția algică, cronică uneori, impotență funcțională marcată;
- Radiologic: pensarea spațiului articular, osteofitoză, condensarea osoasă și, uneori, discretă decalcifiere;
- Biologic: negativitatea testelor caracteristice reacțiilor inflamatorii;

Hipocrat a inclus gonartroza în grupul mare al afecțiunilor articulare cronice. O serie de autori, ca Leewelyn, Cecil, Thomson și Gordon, Folliet și Joly au descris gonartroza sub diverse denumiri enunțând diferite ipoteze etiopatogenice.

#### Material și metodă

Prezentăm în continuare *schema examenului clinic* al unui genunchi cu gonartroză, având în vedere că localizarea la această articulație deține 45% din afecțiunile degenerative ale articulațiilor la vârstnici.

Anamneza va preciza vechimea leziunii, mecanismul de producere, locul și cadrul unde a survenit, factorii favorizanți și predispozanți, profesia, alte boli și tratamente pe care le-a efectuat, și în final acuzele subiective ale pacientului.

Examenul clinic va consta în inspecția, palparea, eventual și ascultația. El va fi completat prin examenul funcțional al articulației. În cadrul examenului funcțional se va măsura tonusul mușchilor supra și subiacenți (cu tonometrul), perimetrele comparative ale maselor musculare, dacă starea o permite și forța segmentară (cu dinamometrul), temperatura cutanată. Cercetarea mobilității articulare va ține seama de cercetarea mobilității fiziologice, caracteristică acestei articulații (genunchiul are în mod normal o flexie de 140°) și prezența unei mobilități patologice (mișcările de lateralitate care lipsesc în mod normal).

De o deosebită importanță este studiul mersului, iar la afecțiunile mai vechi examinarea aspectului uzurii comparative a tălpii încălțăminte. În fine, examenul clinic va fi comparat cu datele analizelor de laborator clinic și radiologic pentru precizarea diagnosticului etiologic și clinic. În traumatismele mai vechi, recidivante, sau în urma tratamentului efectuat, o deosebită importanță o

are efectuarea bilanțului funcțional al genunchiului. Cea mai utilă este metoda lui Michon, care traduce într-o formă matematică expresivă o serie de date clinice.

Note	3	2	1	0
Simptome				
Durerea	absentă	durere după efort intens	durere la start	permanentă
Stabilitatea	Bună	numai după genunchieră	instabilitate la mers	instabilitatea face mersul dificil
Activitatea profesională și social	reluată	reluată cu reducerea intensității	schimbată la nevoie	imposibilă
Alte activități motrice fiziologice	reluată	Schimbate	cu solicitări mici	imposibile
Aprecierea subiectivă a bolnavului	Foarte mulțumit	Mulțumit	relativ satisfăcut	nemulțumit
Aprecierea mobilității articulare (flexia)	0-140°	0-90°	0-30°	anchiloză
Laxitatea articulară laterală	0-5°	5-10°	10-20°	20-30°

Tehnica calculării constă în adunarea celor 7 note de la 0 la 3, pentru fiecare din cei șapte indici urmăriți. Suma rezultată situează bilanțul funcțional al genunchiului traumatizat astfel:

Suma notelor	Bilanțul funcțional
21	restabilire completă
21-15	restabilire bună
14-8	restabilire corespunzătoare
7-0	restabilire nulă

Având în vedere o serie de particularități ale clinicii și tratamentului aplicat în afecțiunile degenerative, diagnosticul acestora trebuie să fie un diagnostic complex, care să precizeze nu numai forma anatomico-clinică a leziunii, ci să stabilească diagnosticul pozitiv și diferențial al tipului de leziune, să precizeze faza evolutivă în care a fost adus traumatizatul, dar mai ales capacitatea sa biologică de moment, element deosebit de important nu numai pentru prognosticul traumatismului, ci în special pentru evoluția capacității de efort și a momentului recuperării funcționale a cazului.

Efectuarea unui diagnostic complex prezintă o valoare deosebită nu numai pentru inventarierea exactă a leziunilor și a factorilor care le-au produs, ci ea permite și aprecierea factorilor biologici pe care contăm în recuperarea cazurilor. Bazați pe un astfel de diagnostic, putem efectua un tratament complex, specific și diferențiat, care să dea o eficacitate maximă, cu reducerea corespunzătoare a timpului de vindecare.

În urma diagnosticului clinico-funcțional, prin care s-au identificat și evaluat exact datele legate de disfuncționalitatea apărută după gonartroză s-a aplicat tratamentul recuperator.

Programele de lucru au fost structurate pe etape, forma de tratament fiind ședința de tratament (exercitare), ce ține cont de:

- Parametrii generali:
  - tipul și specificul disfuncționalității;
  - vârsta pacientului;
  - profesia pacientului;
  - capacitatea fizică generală;
- Parametrii particulari:
  - stadiul și forma bolii;
  - semne fizice care însoțesc afecțiunea;
  - gradul de afectare al capacității funcționale;

Întreg programul de kinetoterapie a fost unitar și îndreptat spre realizarea obiectivelor propuse și scopul vizat de recuperare.

## **Motivarea alegerii temei**

Gonartroza se situează printre cele mai frecvente manifestări ale reumatismului degenerativ, cu evoluție și prognostic benign, care interesează în mod egal cele două sexe, debutând în jurul vârstei de 40 ani. Frecvența maximă se întâlnește la populația vârstnică. Boala apare ca o consecință a uzurii a cartilajelor epifizelor, care își pierd elasticitatea și rezistența la șocurile mecanice în timpul mersului.

Localizarea procesului artrozic la nivelul genunchiului este considerată ca cea mai frecventă, iar ca incidență pe sexe, femeile sunt de departe cele mai afectate mai ales după instalarea menopauzei (64% din gonartroze).

Genunchiul, cea mai mare articulație a corpului, prin poziția sa de articulație portantă și intermediară a membrului inferior, este deosebit de solicitat atât în momentul de sprijin, pentru asigurarea stabilității, cât și în elevația piciorului în momentul de balans. În plus genunchiul joacă un rol important într-o serie de momente și activități zilnice (stat pe scaun, încălțat, urcat-coborât scări, ridicarea obiectelor de pe jos, etc.) sau activități profesionale.

Procesul degenerativ, artrozic, al genunchiului este rezultatul unui dezechilibru între rezistența structurilor articulare și solicitările la care sunt supuse aceste structuri.

Spre deosebire de șold, la genunchi și artroza primitivă poate deveni disfuncțională atât datorită durerii, cât și afectării forței musculare, mai ales a extensorilor gambei. Este adevărat, însă, că formele severe degenerative, disfuncționale, le întâlnim aproape exclusiv în gonartrozele secundare determinate de dezinierii (genu varum, valgum etc.), de meniscopatii, de instabilitate ligamentară, de traumatisme cu interesare osoasă intraarticulară, de procese inflamatorii articulare cronice



nespecifice (poliartrită reumatoidă, etc.) sau specifice (sechele TBC, lues, etc.), de perturbări endocrino-metabolice, etc. Nu trebuie să se uite niciodată rolul agravant al deficitului de întoarcere venoasă a membrului inferior (maladie varcoasă, tromboflebite) în apariția și evoluția unei gonartroze.

Plecând de la aceste considerente și ținând seama de numărul de persoane venite la tratament cu această afecțiune, am considerat a fi necesar un studiu aprofundat atât teoretic, dar mai ales practic, în ceea ce privește eficiența tratamentului prin kinetoterapie în încetinirea procesului evolutiv al bolii.

Observând îndeaproape implicațiile sociale, profesionale și familiale, pe care această suferință o are în viața pacienților, restricțiile pe care le impune, nu pot decât să mă alătur celor care s-au străduit și se străduiesc să descopere noi și eficiente posibilități de încetinire a evoluției bolii.

Considerentele de mai sus m-au determinat să-mi îndrept eforturile către această categorie de bolnavi și prin studiul meu să încerc aflarea unor noi modalități de alinare a suferinței bolnavilor.

### **Scopul în recuperarea pacienților cu gonartroză**

Așa cum există trei tipuri diferite de asistență medicală: profilactică, terapeutică și de recuperare, tot așa și kinetoterapia are trei forme diferite de manifestare: kinetoterapia profilactică, kinetoterapia propriu-zisă și kinetoterapia de recuperare.

Kinetoprofilaxia, ca forma cea mai nouă a kinetoterapiei, oferă ca principale metode:

- gimnastica de corectare și realiniere corporală;
- gimnastica de întreținere a forței musculare, a supleței articulare și a unei bune coordonări neuromotorii;
- gimnastica de menținere și creștere a capacității de efort cardiorespirator;
- gimnastica de relaxare, musculară și psihică;
- gimnastica respiratorie.

Kinetoterapia propriu-zisă utilizează exerciții fizice din sălile de gimnastică, ca și cele de hidrokinetoterapie din bazinele individuale și colective cu apă minerală sau apă simplă. Obiectivele ei sunt legate strict de simptomatologia, care se repetă frecvent în cadrul bolii cronice chiar dacă ea nu este prezentă în momentul curei, kinetoterapia se execută individual sau în grupe mici de pacienți care prezintă aceeași simptomatologie.

Kinetoterapia de recuperare funcțională este mijlocul principal în cadrul asistenței de recuperare medicală. Obiectivul său primordial este refacerea funcției (pierdute sau deficitare) sau obținerea unei ameliorări cât mai mari a acesteia (sau obținerea, găsirea de mecanisme compensatorii).

Urmarea procesului recuperator este „reabilitarea care prezintă o formă de asistență medico-socială ce se desfășoară continuu și are ca scop final reinserarea deficiențelor în societatea productivă, mijloacele ei de acțiune urmărind obținerea unor valori optime ale tuturor celor patru parametri vitali ai individului: capacitatea morfofuncțională, starea psihică, pregătirea profesională și condiția socială”, așa după cum afirma în 1987 Clement Baciu („Această exprimare a fenomenului pornește de la etimologia expresiei „reabilitare”, care înseamnă „... a reintegra pe cineva în drepturile pierdute” (Dicționarul Explicativ Al Limbii Române).

Astfel, apare evident faptul, că în procesul complex al recuperării sunt implicați specialiști din diverse domenii de activitate și nu doar din cel medical. În acest fel, recuperarea apare ca multidisciplinară, în final având un scop unic, așa după cum afirma Clement Baciu: „Reabilitarea este o formă de asistență medico-socială complexă, dar în același timp unitară în deficiențele din societate” („Anatomia Funcțională a Aparatului Locomotor”).

Se poate desprinde de aici concluzia că nu există oameni sănătoși și bolnavi și că fiecare individ normal poate fi un potențial invalid, neexistând de fapt „invalidi”, ci doar semeni de-ai noștri considerați ca atare datorită unor mentalități greșite.

### **Ipotezele lucrării**

Data fiind frecvența deviațiilor axiale în plan frontal, gradului invalidant al acestora mai ales în stadiile avansate, diminuarea autonomiei persoanelor afectate, riscul la care este supusă persoana în cazul netratării corespunzătoare și la timp a gonartrozei și în cazul nepracticării unor programe de kinetoterapie, mi-am organizat cercetarea spre această afecțiune care mi s-a părut importantă.

Lucrarea își propune să dovedească următoarele ipoteze:

- În ce măsură kinetoterapia posedă mijloacele necesare combaterii durerii a inflamației.
- Când este momentul să se intervină prin tratament kinetoterapeutic în gonartroză.
- Dacă mijloacele și procedeele selecate și aplicate după principiile metodologice ale kinetoterapiei sunt eficiente.
- Dacă pacienții care urmează o schemă de recuperare funcțională pot fi recuperați social și profesional, față de cei care nu urmează un tratament recuperator.

### **Metodologia și etapele de lucru**

a) Documentarea teoretică am realizat-o din sursele bibliografice în care a fost tratată problema. În urma studierii acestor materiale am întocmit fișe cu informațiile necesare în legătură cu tema, informații folosite atât teoretic cât și practic, făcându-se referire la ele în lucrare.

b) Metoda anchetei am folosit-o pentru întocmirea anamnezei urmărind:

- cunoașterea subiecților și dinamica evoluției lor;
- cunoașterea condițiilor și cauzelor care au generat afecțiunea.

Informațiile au fost culese de la bolnavi și obiectivate prin corelare cu datele înregistrate în documentele medicale și cu rezultatele explorărilor și evaluărilor efectuate.

c) Metoda observației folosită în scopul alcătuirii unei descrieri și caracterizări complexe a subiecților, precis și obiectiv. Observarea simplă directă întâmplătoare a pacienților în condiții nespecifice și nepregătite, urmărind postura întregului corp, caracteristicile mersului și echilibrului, coordonarea mișcărilor.

Pe baza unei observații sistematice am cules date ce privesc: deformațiile articulare, culoarea tegumentelor, edemul la nivelul segmentului, retracții musculare, troficitatea, temperatura tegumentelor, blocaje articulare. Observațiile sunt înregistrate în fișele individuale.

d) Metoda de măsurare (explorare și evaluare) a urmărit obținerea unor date exacte asupra gradelor de mobilitate și forța musculară a genunchiului. Am apelat la diferite teste funcționale care reprezintă modalitatea prin care se apreciază calitativ capacitatea de „mișcare” a sistemului mioarticular.

Am folosit goniometria ca metodă de măsurare a amplitudinilor de mișcare în articulație, testul muscular pentru determinarea forței musculare, măsurători comparative ale perimetrului genunchilor, gambelor, coapselor. Aceste date sunt consemnate în fișe.

e) Înregistrarea, prelucrarea și reprezentarea grafică a datelor. Dintre tehnicile moderne de înregistrare folosite ca metode obiective de susținere a conținutului cercetării și prezentare a lucrării am apelat la fotografiere.

### **Subiecții și locul de desfășurare al cercetării**

Baza 2 de tratament Iași, dispune de o sală de kinetoterapie ce oferă toate posibilitățile de explorare și evaluare și mijloacele necesare de tratament. Dotarea sălii constă în: saltele, spalieri, banca de gimnastică, mingi medicinale, bicicletă ergometrică, stepper, gantere, scripeți, saci de nisip, oglinzi.

Pentru explorarea și evaluarea pacienților, am dispus de goniometre, bandă metrică, cântar, fișe speciale de înregistrare a datelor.

Pe lângă această dotare, am beneficiat și de colaborarea cadrelor specializate în domeniu.

Am urmarit șase subiecți, ce au făcut tratament în perioada iunie-iulie 2017

- în prima etapă: a avut loc documentarea teoretică, care a constat în studierea materialului din literatură de specialitate și stabilirea legăturii cu specialiștii implicați în echipa interdisciplinară de recuperare (medic, fizioterapeut);
- în a doua etapă: am primit acceptul pacienților. De asemenea, în cadrul acestei etape, mi-am pregătit materialele pentru testare și pentru tratament.
- în etapa a treia: am elaborat și am aplicat programele de kinetoterapie, în vederea recuperării pacienților după o evaluare individuală.
- în etapa finală: am apreciat evoluția dinamică a parametrilor, am prelucrat grafic datele culese și am interpretat datele obținute.

<b>Nr. Crt.</b>	<b>Nume și Prenume</b>	<b>Sex</b>	<b>Vârsta</b>	<b>Profesia</b>	<b>Diagnostic</b>	<b>Data intrării în tratament</b>	<b>Data ieșirii din tratament</b>
1.	I. P.	M	59	pensionar	gonartroză	13.07.2017	24.07.2017
2.	M. V.	F	62	pensionară	gonartroză	09.07.2017	22.07.2017
3.	S. C.	F	60	pensionară	gonartroză	28.07.2017	10.08.2017
4.	Ț. N.	M	56	pensionar	gonartroză	06.07.2017	17.07.2017
5.	B. A.	F	61	pensionară	gonartroză	10.06.2017	23.06.2017
6.	P.C.	M	58	pensionar	gonartroză	29.06.2017	10.07.2017

### **Concluzii**

Analizând rezultatele obținute pot concluziona:

Kinetoterapia alături de mijloacele asociate are un rol important în combaterea durerii și a inflamației, dar deoarece programul de recuperare este doar de 10 zile și organismul ajunge la un anumit nivel de echilibru și este pregătit biologic să se recupereze, atunci tratamentul se termină și toate achizițiile recuperatorii (cele care apar sau urmează să apară) se vor pierde.

Incidența gonartrozei este mai vizibilă la subiecții supraponderali, care au antecedente eforturi fizice mari pe o durată lungă de timp, ceea ce explică uzura articulației genunchiului, dar care nu justifică lipsa de interes recuperator la primele simptome.

Tratamentul kinetoterapeutic în gonartroză este foarte important, fiind necesar de două ori pe an și trebuie să fie integrat într-un plan anual de recuperare, ce va fi continuat și la domiciliul pacientului.

**DEFICIENȚELE DE POSTURĂ ALE COLOANEI VERTEBRALE PE  
CARE LE AU ELEVII CICLULUI LICEAL DIN CADRUL  
„LICEULUI TEHNOLOGIC N.B.” DIN JUDEȚUL BOTOȘANI**

HULEA Alex-Cosmin

Coordonator: PETREA Gabriel Renato

Universitatea Alexandru Ioan Cuza din Iasi

Este unanim recunoscut faptul că starea de sănătate a școlarului reflectă bunăstarea acestuia și este, în esență, expresia condițiilor sociale, economice și de mediu în care trăiește și se dezvoltă acesta.

Existența unor deficiențe fizice afectează sănătatea, creșterea și dezvoltarea copilului și nu în ultimul rând evoluția sa în perioada de adult.

Tot mai mulți școlari suferă de boli datorate deformării ușoare sau severe ale coloanei vertebrale, sub formă de cifoză, lordoză, scolioză, ceea ce conduce la diminuarea confortului personal și implicit la reducerea capacității de efort fizic și intelectual, respectiv la modificări ale formei cutiei toracice cu implicații asupra capacității vitale respiratorii.

SCOP:

Scopul cercetării constă în :***perfecționarea procesului de recuperare funcțională a adolescenților deficienți, ce sunt integrați în ciclul școlar liceal, prin intermediul strategiilor complexe de tratare a deficiențelor de coloană.***

IPOTEZA:

S-a presupus că prin folosirea kientoterapiei cu toate tehnicile si metodele sale componente în cadrul procesului de prevenire si tratare a deficiențelor de coloană prezente la elevii de liceu, se va avea ca rezultat optimizarea acestor afecțiuni și, în consecință se va favoriza recuperarea si totodată va scădea incidența acestora.

METODE DE CERCETARE FOLOSITE:

1. metoda observației.
2. metoda anamnezei;
3. metoda studiului de caz;
4. metoda testelor;
5. metoda prelucrării statistico-matematice a datelor

## ANALIZA REZULTATELOR

Din rezultatele obținute în urma testărilor efectuate, se poate constata cu ușurință îmbunătățirea indicelui de mobilitate OTT, deosebit de important pentru coloana vertebrală dorsală.

## CONCLUZII

Ca urmare a studiului de caz efectuat și a experienței acumulate am ajuns la o serie de concluzii după cum urmează:

Folosirea tehnicilor și metodelor din kinetoterapie așa cum au fost ele aplicate pe durata desfășurării studiului contribuie în mod substanțial la redresarea posturală a copilului cifotic, și la formarea unui reflex stabil de atitudine corectă a corpului.

Exercițiile aplicate în programele de recuperare se pot selecta iar specialistul are posibilitatea de a le folosi pe cele mai eficiente în vederea realizării unor scopuri precise.

Perioada de recuperare trebuie să fie presărată cu o serie de evaluări intermediare riguroase, astfel observându-se eficacitatea programului și rezultatele obținute până în acel moment. Fără aceste evaluări periodice nu ne putem da seama de progresul sau dimpotrivă, de ineficacitatea recuperării.

# ASPECTE PRIVIND REEDUCAREA ECHILIBRULUI CORPORAL PRIN MIJLOACE KINETOTERAPEUTICE

**Autor : Iftime T.A (Iftime Teodora Alexandra)**

**Coordonator: Decan Conf. Dr.Abălașei Beatrice Aurelia**

*Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”;* *Facultatea de Educație Fizică și Sport din Iași,*  
*România, e-mail: [iftime.teodoraalexandra@yahoo.com](mailto:iftime.teodoraalexandra@yahoo.com), tel: 0747180258.*

**Cuvinte cheie:***stabilitate,mobilitate controlată,abilitate,coordonare,postură*

## **Rezumat :**

Cercetarea s-a desfășurat pe parcursul anului universitar 2017-2018. Am realizat documentarea teoretică și practică, atât prin studierea bibliografiei de specialitate, cât și prin discuții purtate cu îndrumătorul lucrării de licență: Decan Conf. Dr.Abălașei Beatrice Aurelia.; dar și cu kinetoterapeuți din cadrul Gr. Șc. I. Holban-Iași, discuții ce mi-au fost de folos.

Selectarea subiectului a fost următorul pas.Desfășurarea propriu-zisă a cercetării a reprezentat-o programul de recuperare caracterizat prin continuitate.

Pe parcursul cercetării am urmărit și modul de manifestare a subiectului, felul cum răspunde la solicitările programului și care sunt cele mai acceptate mijloace, de către subiect și atractive, folosite în recuperarea sa.

Tema a fost aleasă cu scopul de a demonstra rolul benefic al mijloacelor kinetoterapiei în reeducarea echilibrului. Scopul lucrării a fost studierea și aplicarea în practică a mijloacelor și metodelor celor mai eficiente pentru recuperarea echilibrului afectat.

Considerăm utilă abordarea acestui subiect, dat fiind numărul mare al persoanelor ce prezintă tulburări de echilibru, în special în rândul copiilor.

Pentru a combate acest lucru, un program complex de recuperare a echilibrului este absolut necesar, precum și instruirea precoce a unor tratamente prin mișcare, ce pot îmbunătăți echilibrul.

Scopul este să redai pacientului potențialul motric cât mai apropiat de cel normal vârstei sale, să își cunoască mai bine propriul corp și să se integreze cât mai bine în mediul social. Aplicat în mod corect, acest program nu are efecte adverse.

Pentru efectuarea cercetării am plecat de la intenția de a cunoaște și de a înțelege cauzele care stau la baza producerii tulburărilor de echilibru.

Am încercat aplicarea programelor de kinetoterapie ce oferă posibilitatea remedierii tulburării temporare sau definitive a echilibrului, și mijloace și procedee care au fost aplicate metodic și au reușit să îmbunătățească deficitul existent, la modul general.

Se poate afirma că exercițiul fizic, repetat metodic și gradat după principii și reguli bine stabilite, în concordanță cu diagnosticul, vârsta, sexul, dar mai ales cu pregătirea anterioară a individului, îmbunătățește funcțiile mari ale organismului.

Toate aceste constatări ne duc la concluzia că un program de kinetoterapie riguros, cu dozaj individualizat și efectuat de mai multe ori pe săptămână, poate avea efecte benefice pregnante în ameliorarea și reeducarea echilibrului corporal.

**UNIVERSITATEA "ALEXANDRU IOAN CUZA" DIN IAȘI  
FACULTATEA DE EDUCAȚIE FIZICĂ ȘI SPORT  
SPECIALIZAREA: KINETOTERAPIE ȘI MOTRICITATE SPECIALĂ**

# **AMELIORAREA ATITUDINII CIFOTICE LA COPII PRIN MIJLOACE SPECIFICE DANSULUI SPORTIV**

**Coordonator științific:  
Conf. univ. dr. MORARU Cristina-Elena**

**Absolvent:  
IFTIMIE George Sebastian**

**IAȘI  
2018**



## REZUMAT

Pornind de la ideea că factorii externi ce determină modificarea posturii coloanei vertebrale sunt din ce în ce mai numeroși, iar riscurile de a suferi o agravare ce poate duce la consecințe ireversibile sunt din ce în ce mai pronunțate, am concluzionat faptul că prevenirea atitudinilor vicioase ale copiilor ocupa o importanță deosebită.

Prin această lucrare doresc să subliniez importanța corectării deviațiilor posturale de la o varstă fragedă, astfel încât să se poată evita apariția complicațiilor ce pot duce la agravarea stării generale.

Primul capitol al lucrării prezintă *fundamentarea teoretică* cu delimitări conceptuale privind: Importanța temei ameliorării atitudinii cifotice la copii, Anatomia și biomecanica coloanei vertebrale, Dezvoltarea fizică armonioasă, Caracteristicile atitudinilor vicioase, Atitudinea cifotică, Principiile kinetoterapiei și mijloace folosite în kinetoterapie, Educarea și reeducarea psihomotrică, Introducere în dansul sportiv.

Cel de-al doilea capitol denumit *Metodologia cercetării* prezintă: motivația alegerii temei, ipoteza lucrării, scopul și sarcinile lucrării, metodele de cercetare utilizate și teste aplicate. În elaborarea cercetării s-a pornit de la *ipoteza* că: prin îmbinarea metodelor specifice kinetoterapiei cu diferite poziții, mișcări și pași specifici dansului sportiv vom ameliora atitudinea cifotică într-un timp mult mai scurt. Lucrarea de față își propune să demonstreze eficientizarea tratamentului prin metodele kinetoterapeutice și a mijloacelor dansului sportiv în vederea ameliorării atitudinii cifotice. Testele folosite în experiment au fost: posturograful, testul Matorin, testul lumânării, măsurarea diametrului cutiei toracice cu banda metrică și testarea amplitudinii mobilității coloanei cervicale cu goniometrul în toate axele de mișcare.

În capitolul al III-lea este prezentat design-ul experimental, care cuprinde subiecții cercetării, mijloacele care au constituit variabila independentă a experimentului și interpretarea rezultatelor obținute. Pornind de la testările menționate mai sus, s-au efectuat o varietate de exerciții, atât pentru corectarea atitudinii cifotice, cât și pentru îmbunătățirea coordonării, echilibrului și respirației.

În urma măsurărilor finale al posturografului, s-a ajuns la concluzia ca subiectul a avut o micșorare a atitudinii vicioase după cum urmează : Cap – de la 5,8 cm la 2,6 cm. Umeri – de la 3,7 cm la 2,7 cm. Șolduri – de la 5 cm la 2,5 cm. Genunchi – de la 2,4 cm la 0,4 cm.

S-a concluzionat că mijloacele specifice kinetoterapiei, împreună cu mijloacele specifice dansului sportiv au avut un efect benefic în ameliorarea atitudinii vicioase a subiectului.

# **Ameliorarea deficiențelor membrelor inferioare prin mijloace specifice gimnasticii de bază**

ION G. A.

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Facultatea de Educație Fizică și Sport,

Specializarea *Kinetoterapia și Motricitate Specială*, Strada Toma Cozma, nr. 3, Iași

Telefon secretariat: +40 (232) 201 026, E-mail: [admefs@uaic.ro](mailto:admefs@uaic.ro), Cod poștal: 700554

Îndrumător: Conferențiar dr. Moraru Cristina

## **REZUMAT:**

Scopul acestei lucrări este de interpretare a modificărilor de statică plantară ce apar la persoanele cu picior plat și ameliorarea acestora prin mijloace specifice.

Am plecat de la presupunerea că: exercițiile specifice gimnasticii de bază în corelație cu programul kinetoterapeutic și cu programul de exerciții specifice dansului sportiv, pot conduce la ameliorarea platfusului subiecților care prezintă această deformare.

Materialul utilizat în această lucrare de licență a fost posturograful, ce permite evaluarea tulburărilor de statică plantară. Subiecții incluși în cercetare au fost supuși unei testări inițiale, înainte de a se începe programul de recuperare. În urma efectuării podoscopiei, au rezultat amprentele plantare care au fost interpretate pentru fiecare subiect. În urma interpretării amprentelor plantare inițiale s-a început programul de exerciții specifice gimnasticii, kinetoterapiei și dansului sportiv.

Metodele de cercetare pentru îndeplinirea sarcinilor acestei lucrări au fost: metoda documentării, metoda observației, metode de măsurare, explorare și evaluare, podografia și nu în ultimul rând, metoda statistico-matematică.

În urma cercetării efectuate și a rezultatelor obținute în testarea finală, se observă că la toți subiecții, programul de recuperare a piciorului plat a avut o influență pozitivă, ameliorând situația acestora.

Dacă exercițiile din cadrul acestui program de recuperare specific gimnasticii de bază în corelație cu kinetoterapia și dansul sportiv s-ar efectua pe o perioadă mai lungă de timp, rezultatele pozitive constatate în această cercetare ar fi mai mari.

Cuvinte cheie: corectare, complexitate, perseverență, funcțional, calitate.

# GIMNASTICA IN APA SI EFECTELE PE CARE LE ARE IN RECUPERAREA MEDICALA

**Izmana A.<sup>1</sup> (Izmana Alexandru)**

**Coordonator: Lector dr. Petrea Renato**

*<sup>1</sup>Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport, Specializarea: Kinetoterapie Și Motricitate Specială*

*Tel: 0754 473 402, Email :alexandruizmana@yahoo.com*

## **Rezumat**

În hidroterapie, mediul în care se află corpul este într-o continuă variație și schimbare în ceea ce privește temperatura apei și diferitele mijloace mecanice de acționare. În general, răspunsul fiziologic al organismului este direct proporțional cu amploarea și versatilitatea schimbărilor de mediu. Modificările fiziologice ale corpului produse de hidroterapie sunt împărțite în modificări termice, mecanice și chimice.

*Ipoteza:* Am inițiat această cercetare de la ipoteza conform căreia studiarea particulară a științei domeniului hidrokinetoterapiei ne va permite crearea unui număr de 3 programe personale de recuperare pentru accidentările cu cea mai mare incidență la nivel articular în jocul de fotbal.

*Scopul lucrării:* este de realizarea unei prezentări a fenomenului și crearea unui complex de 3 programe de recuperare cu aplicabilitate în bazin pentru trei dintre accidentările cu cea mai mare incidență în jocul de fotbal.

*Material și metode:* metodele de cercetare în acest studiu au fost următoarele: metoda observației, metoda studiului de caz și metoda delphi.

*Rezultate:* Analiza realizată ne-a furnizat necesarul bazal de informații, caracteristici și particularități, care să ne ajute să înțelegem din punct de vedere teoretic și metodic acest domeniu, fapt care ne-a ajutat ulterior la crearea programelor propuse, programe originale create de către noi cu exerciții proprii, urmărind obiectivele specifice a trei tipuri de accidentări dintre cele mai frecvente în jocul de fotbal la nivel de profesioniști.

*Concluzii:* Putem considera această metodă una din cele mai complete și mai promițătoare metode de recuperare post-traumatică în sport. Referitor la obiectivele și scopurile cercetării putem afirma că ne-am format bagajul necesar pentru a putea crea programe de recuperare cu specificul acestei metode.

**Cuvinte cheie:** *traumatismele, traumatologia sportiva, recuperare post-traumatica*

# ROLUL KINETOTERAPIEI ÎN DEPISTAREA ȘI CORECTAREA DEFICIENȚELOR FIZICE

Introducere; Relația dintre kinetoterapeut și pacient; Anatomia și biomecanica coloanei vertebrale; Examenul morfologic și postural; Cifoze și atitudini cifotice; Scolioze și atitudini scoliotice; Lordoze și atitudini lordotice; Rolul exercițiilor fizice în deviația coloanei.

**Motivarea alegerii temei.** Tot mai multe persoane sunt diagnosticate cu o serie de atitudini vicioase și deformări ale coloanei vertebrale, principalele cauze fiind: poziția incorectă, statul în fața calculatorului, dormitul pe pernă mare, sedentarismul, obezitatea, acestea cauzează frecvent dureri de spate. Asta a constituit motivul principal în alegerea acestei teme și am dorit să mă axez în special pe deviațiile coloanei vertebrale deoarece sunt numeroase astfel de cazuri și reprezintă o problemă destul de mare pentru o parte a populației.

**Scopul** acestei lucrări este de a sublinia importanța evaluării posturale cât și a exercițiilor corective, în vederea prevenirii sau corectării atitudinilor vicioase.

Prin această lucrare mi-am propus să verific ipoteza conform căreia un program kinetic adecvat reprezintă un mijloc de corectare a deficiențelor fizice, astfel programul de exerciții aplicat atât profilactic cât și corectiv va determina o îmbunătățire a posturii și condiției fizice a pacienților.

Obiectivele:

- Identificarea și selectarea celor mai adecvate metode de evaluare posturală;
- Stoparea reflexului de atitudine greșită a trunchiului și formarea unor deprinderi de postură corectă;
- Corectarea deficiențelor secundare deviațiilor de coloană: cap și gât înclinat înainte, omoplați depărtați etc.
- Încurajarea practicării sporturilor recomandate în anumite deviații de coloană;
- Redactarea unei lucrări care să cuprindă desfășurarea studiului și rezultatele finale ale acestuia în scopul conștientizării importanței evaluării posturale și al exercițiilor fizice cu scop corectiv.

**Examenul clinic** cuprinde anamneza, somatoscopia și antropometria.

## Subiectul 1

În urma aplicării programului de execuții în vederea corectării atitudinii cifo-lordotice pe care o are pacientul nr. 1, putem observa că aceasta și-a îmbunătățit postura, având la testarea finală o valoare de 4,7 cm a săgeții cervicale, față de 5,1 cm, valoare observată la testarea inițială. De asemenea, putem observa că valoarea săgeții lombare la testarea finală a fost de 5,1 cm față de testarea inițială unde a avut valoarea de 5,6 cm. La fel și mobilitatea coloanei

vertebrale s-a îmbunătățit, având la testarea finală la testul Ott o îmbunătățire de 0,5 cm, la testul Schober o îmbunătățire de 0,5 cm, și la testul Stibor la testarea finală s-a produs o îmbunătățire de 1 cm.

## **Subiectul 2**

În urma aplicării programului de execuții în vederea corectării scoliozei toracale sinistroconvexe pe care o are pacientul nr. 2, putem observa că acesta și-a îmbunătățit postura. Cu privire la valorile obținute la triunghiul taliei - stânga putem observa că la testarea finală acesta a fost de 2,7 cm față de 2,4 cm la testarea inițială, iar pe partea dreaptă la testarea finală s-a obținut valoarea de 3,1 cm, față de 3,6 cm la testarea inițială.

## **Concluzii**

În cele două cazuri diagnosticate cu scolioză toracală sinistroconvexă și cifo-lordoză, conform evaluării posturale căreia au fost supuși pacienții, am observat îmbunătățiri ale poziției coloanei vertebrale, o tonifiere a musculaturii spatelui și a celei abdominale, stoparea reflexului de atitudine greșită a trunchiului o dată cu formarea unui reflex de postură corect, fapt care confirmă ipoteza studiului.

# ROLUL KINETOTERAPIEI ÎN PREVENȚIA INSTALĂRII MALADIEI DUPUYTREN

**Letos Șt.O. (Letos Ștefan-Octavian)**

**Coordonator: Lector dr. Hodorcă Raluca- Mihaela**

*Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport,  
Specializarea: Kinetoterapie Și Motricitate Specială*

*Tel: 0742469765, Email: stefletos@yahoo.com*

## **Rezumat**

Boala Dupuytren este definită ca și contractura în flexie a unuia sau mai multor degete ale mâinii, determinată de retracția aponevrozei palmare și a expansiunilor sale digitale.

**Ipoteza:** Pornind de la stăpânirea studiilor și cunoștințelor în domeniul kinetoterapiei, și implicit a maladiei Dupuytren, aplicând și respectând terapia prin exerciții, programe kinetoterapeutice, kinetoterapia cu mijloacele asociate ajută la recuperarea pacienților cu maladia Dupuytren oferindu-le autonomie în viața de zi cu zi .

**Scopul lucrării:** este de a arăta dacă ipoteza de la care am plecat va fi confirmată sau infirmată, prin rezultatele obținute în urma aplicării tratamentului de kinetoterapie.

**Materiale și metode:** Ședințele de kinetoterapie s-au desfășurat la domiciliul pacientului în baza unui program de kinetoterapie pe o perioadă de 60 zile, durata unei ședințe de kinetoterapie fiind de 45 minute. Pacientul pe care l-am tratat, L.D., în varsta de 54 ani a fost diagnosticat cu o formă ușoară de boală Dupuytren. Am evaluat și am testat relaxarea, refacerea mobilității, a forței musculare, a prehensiunii și a abilității. Am folosit materiale precum: greutate, benzi, elastice, goniometru, benzi kinesilogice „Cure Tape”. Am folosit metode precum: observația, metoda anchetei, a comparației, statistico-matematică.

**Rezultate:** În urma programului de kinetoterapie, pacientul L.D a înregistrat o scădere a durerii de la 3 la 1, o îmbunătățire a mobilității articulațiilor degetelor, flexia crescând de la 82° la 87°, extensia degetelor de la 80° la 83°, o îmbunătățire a forței musculare, flexia și extensia degetelor crescând de la 3+ la 4+, iar prehensiunea palmară și cea prin opoziție digito-palmară au crescut de la 3 la 5.

**Concluzii:** Concluziile la care am ajuns în urma efectuării cercetării, demonstrează că ameliorarea maladiei Dupuytren este posibilă prin intermediul kinetoterapiei, atunci când kinetoterapeutul dă dovadă de profesionalism, kinetoterapia având un rol foarte important în păstrarea calității vieții și a stării de sănătate a pacientului.

**Cuvinte cheie:** *forța musculară, mobilitate articulară, recuperare, prehensiune, contractură, exerciții*

# STUDII PRIVIND PROCESUL DE COMUNICARE ÎN KINETOTERAPIE

Luca A.M.

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Strada Toma Cozma, nr. 3, Iași

Telefon secretariat: +40 (232) 201 026, E-mail: [admefs@uaic.ro](mailto:admefs@uaic.ro), Cod poștal: 700554

Îndrumător: Lect. Univ. Dr. Puni Alexandru-Rareș

## REZUMAT:

Scopul acestei lucrări este de a verifica probabilitatea că empatia în relația kinetoterapeut-pacient poate îmbunătăți eficientizarea tratamentului recuperator.

Presupunem că, rolul empatiei în procesul de comunicare dintre kinetoterapeut și pacient are o mare influență pentru eficientizarea programului recuperator al celui din urmă.

Materialul utilizat pentru realizarea acestei licențe a fost chestionarul; unul destinat pacienților având 13 întrebări, iar celălalt kinetoterapeuților format din 15 întrebări.

Modul de operare al chestionarului a fost electronic și direct, tipul întrebărilor sunt închise, alternative și deschise, construirea lor este în funcție de scopul acestei lucrări.

Metodele de cercetare folosite au fost: metoda bibliografică, metoda studiului de caz, metoda anchetei și metoda statistico-matematică.

Rezultatele obținute denotă faptul că procesul de comunicare bazat pe empatie este unul dintre cele mai eficiente moduri prin care se câștigă încrederea pacienților.

Totodată, am observat faptul că pacienții doresc ca kinetoterapeutul cu care lucrează să dea dovadă de profesionalism; astfel contează modul în care s-a simțit pacientul în timpul programului de recuperare mai mult decât rezultatul bun al tratamentului.

O bună comunicare crește nivelul de satisfacție al pacientului în ceea ce privește actul terapeutic, dar poate influența și starea psihologică a acestuia din timpul programului kinetic.

Cuvinte cheie: empatie, pacient, disponibilitate, feedback, professionalism.

# IMPORTANȚA KINETOTERAPIEI LA COPIII CU INFIRMITATE MOTORIE CEREBRALĂ

**Mămăligă G.<sup>1</sup> (Mămăligă Gabriela)**

**Coordonator: Lector dr. Hodorcă Raluca-Mihaela**

<sup>1</sup>Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport, Specializarea: Kinetoterapie Și Motricitate Specială

Tel: 0752340299, Email: [mamaliga.gabriela96@yahoo.com](mailto:mamaliga.gabriela96@yahoo.com)

## Rezumat

Infirmitatea motorie este reprezentată de un grup de tulburări ale mișcărilor și ale posturii datorate unor suferințe cerebrale diverse ale copilului cu caracter persistent, dar neprogresiv, ce apar ca urmare a unor cauze variate care acționează în perioada prenatală, perinatală sau postnatală asupra unui creier imatur.

*Ipoteza:* Presupunem că kinetoterapia, prin mijloacele specifice și nespecifice, transpuse în aplicații variate și simplificate ale metodelor clasice vor duce la păstrarea și chiar ameliorarea stării fizice și psihice a copiilor cu infirmitate motorie cerebrală, permițând astfel îmbunătățirea calității vieții acestora.

*Scopul lucrării:* Scopul lucrării este acela de a verifica ipoteza studiului și a constata în aplicarea unui program kinetic adaptat pentru recuperarea copiilor cu infirmitate motorie cerebrală.

*Material și metode:* Studiul s-a desfășurat în sala de kinetoterapie a Liceului cu program special „Ion Holban” din Iași, cu o frecvență de 3-4 ori pe săptămână din luna octombrie până în luna iunie. Pacientul, în vârstă de 11 ani având diagnosticul de hemipareză dreaptă. Testele utilizate au fost testul muscular, testul articular, evaluarea activităților zilnice, evaluarea abilităților motrice și evaluarea mersului și echilibrului.

*Rezultate:* În urma aplicării programului de kinetoterapie, pacientul G.E., a înregistrat o creștere a mobilității pe unele segmente cum ar fi la nivelul cotului, mâinii și șoldului. Îmbunătățiri s-au obținut și din punct de vedere al forței musculare, al activităților cotidiene și al abilităților motrice ale pacientului. În același timp, s-a reușit păstrarea și chiar o îmbunătățire a calității vieții acestuia prin o mai bună realizare a activităților.

*Concluzie:* Kinetoterapia are o contribuție majoră în recuperarea și adaptarea indivizilor cu această afecțiune, precocitatea aplicării tratamentului reducând cu mult perioada de adaptare a restantului funcțional, precum și dobândirea autonomiei de deplasare.

**Cuvinte cheie:** hemipareză, evaluare, forță musculară, echilibrul.



# EVALUAREA DURERII ÎN KINETOTERAPII

Mocanu C.

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport, Specializarea  
*Kinetoterapie Și Motricitate Specială*, tel: 0753562759,

Email: castean [22@gmail.com](mailto:22@gmail.com)

Coordonator: Conf. univ. dr. Hagiu Bogdan-Alexandru

CUPRINS:

Introducere

Capitolul I – FUNDAMENTAREA TEORETICĂ A LUCRĂRII

I.2 KINETOTERAPIA – SCURT ISTORIC

I.3 FIZIOPATOLOGIA DURERII

I.3.1 CLASIFICAREA DURERII

I.4 METODE DE EVALUARE A DURERII

I.4.1 METODE UNIDIMENSIONALE

I.4.2 METODE MULTIDIMENSIONALE

I.4.3 EVALUAREA DURERII PRIN METODE DE AUTORELATARE

I.5 APARATE DE EVALUARE A DURERII

Capitolul II – METODOLOGIA LUCRĂRII

II.1 MOTIVAȚIA ALEGERII TEMEI

II.2 IPOTEZA, OBIECTIVELE, SARCINILE ȘI SCOPUL CERCETĂRII

II.3 METODE DE CERCETARE FOLOSITE PENTRU REALIZAREA LUCRĂRII

II.3.1 METODA STUDIULUI LITERATURII DE SPECIALITATE

II.3.2 METODA MĂSURĂRII ȘI EVALUĂRII

II.3.3 METODA OBSERVAȚIEI

II.3.4 METODA STUDIULUI DE CAZ

III.3.5 METODA INTERPRETĂRII GRAFICE

Capitolul 3 – DESFĂȘURAREA CERCETĂRII ȘI REZULTATELE EI

III.1 SUBIECȚII ȘI LOCUL DESFĂȘURĂRII ACȚIUNII

III.2 DESCRIEREA FIȘELOR MEDICALE ALE SUBIECȚILOR ȘI MĂSURĂTORILE EFECTUATE

III.3 OBIECTIVELE ȘI PROGRAMUL DE RECUPERARE

III.4 REZULTATELE CERCETĂRII ȘI INTERPRETAREA LOR

III.5 REPREZENTAREA GRAFICĂ A REZULTATELOR

III.6 CONFIRMAREA/INFIRMAREA IPOTEZEI

CONCLUZII

BIBLIOGRAFIE

ANEXE

Un istoric al terapiei prin mișcare nu-și are rostul decât pentru a sublinia două aspecte deosebit de importante:

- Pe de o parte, vechimea impresionantă a acestei terapii, care se pierde undeva în trecutul îndepărtat al omului, căci, chiar dacă informațiile scrise asupra terapiei prin mișcare nu au „decât” aproape 5000 de ani, este neîndoielnic că ființa umană sesizase cu mult timp înainte beneficiile pe care i le aduce exercițiile de mișcare pentru reînnoirea stării de sănătate.

Pe de altă parte, acest istoric mai are rolul de a sublinia evoluția concepțiilor și a modalităților de aplicare a acestei terapii.

Evaluarea este procesul prin care se obțin și se utilizează informații utile privind luarea unor decizii ulterioare. Kinetoterapia printr-o evaluare și impunerea unor obiective în scopul atingerii lor, contribuie la păstrarea calității vieții și a stării de sănătate prin recuperarea eficientă a calităților funcționale ale pacientului, recuperare realizată prin programe individualizate, în funcție de patologia pacientului.

Durerea este percepută ca fiind o experiență subiectivă produsă de stimuli bine conturați și de cele mai multe ori intervin mai mulți factori de care de cele mai multe ori o persoană nu este conștientă, ducând astfel, la alterarea percepției despre durerea pe care o simte.

Durerea poate fi de două feluri:

- durerea acută sau durerea intensă și de scurtă durată.
- durerea cronică sau durerea ușoară.

Tema acestei lucrări abordează principalul scop al terapiei, acela de a stabili un tratament în funcție de starea fizic și psihică a fiecărui pacient.

Evaluarea durerii pleacă de la principiul că intensitatea durerii este cea relatată de bolnav

Metode de evaluare a durerii:

- Metode unidimensionale:
  - scala de evaluare numerică; (ex. 0-10)

- scala analog vizuală; (ex. imagini)
- scale categorice: descrierea verbală, evaluarea facială. (ex. cuvinte, mimică)
- Metode multidimensionale
  - Metoda de evaluare inițială a durerii
  - Metoda de evaluare rapidă a durerii
  - Chestionarul durerii Mc Gill
  - Scale ale durerii neuropatice
- Evaluarea durerii prin metode de autorelatare
  - metoda întrebărilor directe;
  - descrierea adjectivală a durerii;
  - scale de autoevaluare ;
  - metode non-verbale

Motivația- Am ales să cercetez pe această temă deoarece durerea a fost, este și va fi o preocupare primordială și de o importanță majoră în societate.

Ipoteza- presupunem că prin aplicarea testelor de evaluare a durerii vom obține o valoare a intensității durerii cât mai precisă ceea ce ne va ajuta să adaptăm și să particularizăm programul kinetoterapeutic pentru fiecare pacient în parte.

Obiective:

- Identificarea celor mai potrivite teste de evaluare a durerii.
- Verificarea eficienței testelor aplicate
- Verificarea compatibilității între scale
- Verificarea posibilității de adaptare a testelor în funcție de particularitățile pacienților.

Scopul lucrării- este acela de a verifica utilitatea testelor de evaluare a durerii în elaborarea programului de kinetoterapie și stabilirea obiectivelor precum și adaptarea programului de kinetoterapie în funcție de intensitatea durerii pacientului.

Sarcinile cercetării: - Studierea literaturii de specialitate.

-Găsirea pacienților și obținerea acceptului în vederea participării la această cercetare, în condiții de confidențialitate a datelor de identitate.

-Alcătuirea programului de recuperare pe baza cunoștințelor dobândite pe parcursul anilor de studii.

-Testarea inițială și finală a intensității durerii.

-Tabelarea, compararea și interpretarea rezultatelor.

-Realizarea concluziilor generale.

Metode de cercetare folosite pentru realizarea lucrării:

- Metoda studiului literaturii de specialitate
- Metoda măsurării și evaluării
- Metoda observației
- Metoda studiului de caz
- Metoda interpretării grafice

Subiecții și locul desfășurării acțiunii:

Cercetarea s-a desfășurat la Spitalul Clinic de Recuperare din Iași, secția clinică Reumatologie, sub îndrumarea domnului kinetoterapeut Florin Lozneau și a coordonatorului științific, domnul Conferențiar dr. Hagi Bogdan-Alexandru.

Pentru realizarea obiectivelor propuse în lucrarea de față a fost constituit un lot experimental format din trei pacienți atât de sex feminine cât și de sex masculin cu vârste cuprinse între 34 și 67 de ani, provenind atât din mediul urban cât și din mediul rural, fiind diagnosticați cu, lumbago cronic prin discartroză.

Planul de recuperare a fost conceput și aplicat în funcție de particularitățile și nivelul de evoluție al pacientului.

Confirmarea/infirmarea ipoteze:

Conform cercetărilor efectuate asupra celor trei subiecți, a observațiilor și a analizelor datelor testărilor inițiale și finale s-a confirmat ipoteza că prin aplicarea testelor de evaluare a durerii vom obține o valoare a intensității durerii cât mai precisă ceea ce ne va ajuta să adaptăm și să particularizăm programul kinetoterapeutic pentru fiecare pacient în parte.

## CONCLUZII

În urma cercetărilor efectuate s-a ajuns la concluzia că: numeroase afecțiuni ale organismului sunt însoțite de durere. Durerea reprezintă un mecanism de protecție. Ea apare de fiecare dată în cazul unui țesut lezat și determină individul să acționeze pentru a îndepărta stimulul dureros. Durerea, după cum bine se știe, este o senzație subiectivă de aceea este greu de determinat cât de tare doare pe fiecare pacient. Ca urmare s-a încercat a se obține un grad cât mai mare de obiectivitate în stabilirea intensității durerii, astfel, fiind concepute numeroase scale, metode și tehnici de evaluare a intensității durerii. Conform literaturii de specialitate cele mai folosite instrumente de evaluare sunt: Scala Analog Vizuală (VAS) și Scala Numerică. Ca urmare, pe parcursul studiului s-au folosit cele două scale pentru evaluare intensității durerii în stabilirea progresivității programului de recuperare, precum și individualizarea și adaptarea exercițiilor din cadrul programului la nivelul de antrenament al pacientului și la gradul de suportabilitate a durerii.

## BIBLIOGRFIE

- 1)PATTON MICHAEL QUINN, Creative evaluation. Ed. a 2-a LONDON: SAGE publications, The Publishers of Professional Social Science.
- 2)Tudor S Benghe Kinetologie profilactică terapeutică și de recuperare . EDITURA MEDICALĂ, București, 1987
- 3)Lucian, S. Cum tratăm durerea. Seria: Mic manual de medicină Nr.1. București: Editura Teora.
- 4)Dr. Conf. Hagi Bogdan-Alexandru Terapia durerii editura Pim
- 5)Dr. Mariana Moiceanu, și alții, „Metode de evaluare a durerii la copii și adolescenți”, Revista Română De Pediatrie –vol. LV, nr.1, an 2006
- 6)<http://jurnalul.ro/viata-sanatoasa/starea-de-sanatate/aparatul-care-masoara-durerea>
- 7)Arseni, C., Oprescu, I. (1982). Durerea. București: Editura Didactică și Pedagogică
- 8)Dr. Mariana Moiceanu, Conf. Dr. Doina Pleșca, Dr. Felicia Buruiană, Prof. Dr. D. Dragomir, Prof. Dr. V. Popescu , “Metode de evaluare a durerii la copii și adolescenți” , Revista Română De Pediatrie – vol. LV, nr. 1, an 2006
- 9)Raveica Gabriela, Terapia durerii – abordare kinetoterapeutică, Editura Alma Mater, Bacău, 2008.
- 10)Dr. Arthur C. Guyton & John E. Hall Tratat de Fiziologie a Omului, ediția a 11-a, Editori Dr. Gh. P. Cuculici și Dr. Anca W. Gheorghiu, Editura Medicală CALLISTO

## REZUMAT

Tema aleasă este denumită „Deficiențele de postură pe care le au elevii de ciclu gimnazial din cadrul Liceului Teoretic de Informatica “Grigore C. Moisil” din Municipiul Iași”, în cadrul acesteia se vor aborda afecțiunile ce țin de postura corectă a coloanei vertebrale cât și analizarea și cuantificarea cazurilor găsite pozitive, prin efectuarea unor măsuratori somatoscopice și somatometrice, urmând apoi efectuarea unui chestionar ce are ca scop dezvăluirea principalilor factori de risc ce au dus la apariția acestor afecțiuni.

Datorită creșterii factorilor de risc ai acestei perioade contemporane, în ultimi ani afecțiunile ce țin de deviațiile de coloana vertebrală sunt din ce în ce mai frecvente atât în rândul adulților dar mai ales în rândul copiilor. Deși kinetoterapia și mijloacele sale complementare ce țin de ameliorarea acestor afecțiuni este imperios necesară în aceste cazuri, ideal ar fi ca ea să fie folosită în mod profilactic și în ultimă instanță în mod terapeutic.

Pe acest fond, lucrarea de față se preocupă în special de depistarea precoce și cuantificarea cazurilor ce prezintă aceste patologii, la copii de vârste școlare gimnaziale, când aceste afecțiuni sunt în perioada incipientă iar influențarea lor prin diferite mijloace este mai maleabilă. Privind afecțiunile ce țin de deviațiile de coloană vertebrală, prezenta lucrare se axează mai exact pe patologiile ce țin de deviațiile în diferite planuri ale coloanei vertebrale și anume scolioza (deviație în plan frontal), hipercifoza și hiperlordoza (deviații în plan sagital).

De asemenea pentru a determina cauzele ce au condus la creșterea cazurilor ce prezintă aceste tipuri de patologii, lucrarea de față și-a mai propus evaluarea frecvenței acestor afecțiuni ale coloanei vertebrale în raport cu constituția fizică (înălțime, greutate) și palaja de activități pe care elevul le desfășoară în fiecare zi. Informațiile despre aceste cauze au fost analizate și colectate printr-o măsurare ulterioară a subiecților găsiți cu diferite probleme de deviație de coloană și totodată prin adresarea unui chestionar ce va conține câteva întrebări ce țin să dezvăluie durata, modul și felul în care aceștia își desfășoară activitățile zilnice. Rezultatele obținute au fost analizate statistico-matematic în raport cu frecvența cazurilor ce prezintă deviații de statică ale coloanei vertebrale.



# PSIHOMOTRICITATEA – ȘTIINȚĂ DE GRANIȚĂ

**Moroeanu M. C.<sup>1</sup> (Moroeanu Mariana-Cătălina)**

**Coordonator: Conf. Univ. Dr. Abălașei Beatrice**

<sup>1</sup>Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport,

Specializarea: Kinetoterapie Și Motricitate Specială

Tel: 0724018105, Email: [moroeanu.catalina@yahoo.com](mailto:moroeanu.catalina@yahoo.com)

## **Rezumat**

Psihomotricitatea, constituie o direcție complexă de dezvoltare a persoanei, care rezultă din interacțiunea și interconexiunea dintre dispozitivele neuropsihologice (în special la nivel cortical și periferic) ce asigură elaborarea și execuția mișcării, dintre procesele mentale și afective și sub coordonarea conștiinței.

*Ipoteza:* Presupunem că schema corporală este conduita ce reflectă cel mai bine legătura dintre minte și corp.

*Scopul lucrării:* este acela de a observa/monitoriza/testa schema corporală a unui copil cu sindrom Down prin aplicarea Testului Omulețului/Goodenough.

*Material și metode:* Ședințele de kinetoterapie s-au efectuat la domiciliul pacientului sau într-un spațiu deschis, de exemplu: în parc, cu o frecvență de 2-3 ședințe pe săptămână din luna Ianuarie până în luna Iunie. Am avut o singură pacientă, cu vârsta de 6 ani și cu diagnosticul de Sindrom Down. Singurul test utilizat a fost Testul Omulețului/Goodenough.

*Rezultate:* În urma programului de kinetoterapie, pacienta E. M., a înregistrat o creștere a scorului la Testul Omulețului/Goodenough cu 8 puncte, având 18 puncte în testul final, iar în cel inițial având doar 11 puncte. Totodată, aceasta a obținut în urma programului de kinetoterapie aplicat independența de a folosi creionul singură.

*Concluzii:* Concluziile la care am ajuns în urma efectuării cercetării, demonstrează că un individ care suferă de debilitate profundă, medie sau lejeră, acesta neavând schema corporală dezvoltată nu își poate recunoaște propriul corp în relație cu el însuși, cu alte persoane sau cu mediul înconjurător. Schema corporală este probabil să utilizeze mai multe cadre de referință, nu unul singur, cel preferat: în alte cuvinte, este multi-funcțională. Totuși, sugerăm, de asemenea, că propriocepția este „puntea de legătură” care menține coerența schemei corporale în timpul

schimbării sale neîntrerupte, în timp, ca o funcție a interacțiunilor mediului actor. Totodată, ipoteza studiului a fost confirmată.

**Cuvinte cheie:** *psihomotricitate, schemă corporală, sindrom Down, Testul Omulețului/Goodenough.*

# **BENZILE KINESIOLOGICE ȘI ROLUL LOR ÎN RECUPERAREA MEDICALĂ A SPORTIVILOR DE PERFORMANȚĂ**

**Nistor A.<sup>1</sup> (Nistor Andrei)**

**Coordonator: Lect. univ. dr. Renato Gabriel PETREA**

*<sup>1</sup>Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport, Specializarea: Kinetoterapie Și Motricitate Specială*

*Tel: 0764928526, Email:nistor\_17@yahoo.com*

## **Rezumat**

Metoda Kinesio Taping este o tehnică de bandajare special concepută pentru a facilita procesul de vindecare naturală a organismului, împreună cu susținerea și stabilizarea mușchilor și articulațiilor fără a limita amplitudinea de mișcare, în același timp conferă o manipulare continuă a țesutului moale pentru a prelungi beneficiile unei terapii manuale și după ieșirea dintr-un mediu clinic.

Ipoteza: Presupunem că prin aplicarea benzilor kinesio logice vom obține un proces de recuperare mai rapid în anumite afecțiuni medicale.

Scopul cercetării: Scopul cercetării presupune verificarea ipotezei prezentate anterior și evidențierea efectelor benefice pe care le pot avea benzile kinesio logice în procesul de recuperare.

Derularea studiului efectuat a avut loc în Iași în perioada (20 - 25 mai 2018) respectiv (2-7 iunie 2018) în timpul acesta a fost posibilă aplicarea tratamentului cu benzi kinesio logice la domiciliul pacienților. Primul subiect în vârstă de 22 ani cu diagnosticul lumbago respectiv pacientul nr 2 cu diagnosticul tendinită patelară în vârstă de 21 ani.

*Rezultate:* În urma aplicării terapiei cu benzi kinesio logice, pacientul I.A., a înregistrat o diminuare a durerii de la primele aplicări iar pacientul N.S. cu tendinită patelară am obținut un grad mai bun de funcționalitate a genunchiului după aplicarea benzilor kinesio logice.

Concluzie: În urma studiului efectuat consider că prin lucrarea de față am reușit să-mi îndeplinesc obiectivele propuse inițial și de asemenea să verific ipoteza formulată. Ipoteza s-a confirmat deoarece prin aplicarea benzilor kinesio logice am obținut îmbunătățiri în procesul de recuperare.

Cuvinte cheie: kinesio taping ,efectele, afecțiuni,recuperare.

Rezumat: “Efectele educației fizice și a sportului asupra copiilor cu sindrom Down”

**Scopul** prezentei lucrări este de a evidenția efectele activităților motrice adaptate realizate în cadrul programei școlare a disciplinei educație fizică și sport, asupra abilităților de poziționare, locomoție și manipulare de obiecte, ale copiilor cu sindrom Down de la Școala Specială „Constantin Păunescu” Iași.

Ne propunem să evaluăm impactul activităților motrice adaptate a deprinderilor motrice de poziționare, locomoție și manipulare de obiecte. Astfel, **obiectivele** studiului constau în evidențierea efectelor educației fizice adaptate asupra

- poziționării – echilibrul static și controlul postural,
- locomoției – mers, alergare, săritură și
- manipulării de obiecte – aruncare, prindere și lovire.

Prin acest studiu dorim să verificăm următoarea ipoteză:

Presupunem că lecțiile de educație fizică adaptată practicate timp de 1 an școlar, de două ori pe săptămână de către copiii cu sindromul Down din cadrul Școlii Speciale “Constantin Păunescu” Iași, aduc o îmbunătățire a abilităților de poziționare, locomoție și manipulare de obiecte asupra acestora.

În studiul de față s-a utilizat ca metodă de cercetare testarea, după modelul test – retest. În cadrul acestei metode s-au efectuat următorii pași:

- a) **Testare** - măsurarea nivelului inițial, conform itemilor din testul IMT;
- b) Participarea copiilor cu sindrom Down la orele de educație fizică adaptată;
- c) **Retestare** - măsurarea modificărilor (efectelor) activităților motrice adaptate, din punct de vedere al testului IMT.

Grupul de subiecți sunt elevi ai Școlii Speciale “Constantin Păunescu”, încadrați în clasa a I-a. Elevii cu sindrom Down au vârste cuprinse între 10 și 11 ani, fiind 4 subiecți de gen masculin și 4 subiecți de gen feminin.

Tabelul de mai jos ne arată rezultatele totale, prin însumarea punctelor obținute celor 3 categorii evaluate: poziționare, locomoție și manipulare de obiecte. Astfel putem vedea ce procentaj total inițial și final a avut fiecare subiect și care a avut progresul cel mai bun. Unii copii au reușit să progreseze mai mult, alții mai puțin.

Subiecți	Rezultate inițiale	Rezultate finale	Progres
<b>Subiectul nr. 7 – I. B.</b>	60%	100%	<b>40%</b>
<b>Subiectul nr. 6 – I. T.</b>	24%	63%	<b>39%</b>
<b>Subiectul nr. 2 – B. R.</b>	42%	72%	<b>30%</b>
<b>Subiectul nr. 4 – P. I.</b>	15%	36%	<b>21%</b>
<b>Subiectul nr. 5 – C. S.</b>	12%	33%	<b>21%</b>
<b>Subiectul nr. 1 – O. R.</b>	54%	75%	<b>21%</b>
<b>Subiectul nr. 8 – Z. Y.</b>	33%	48%	<b>15%</b>
<b>Subiectul nr. 3 – M. D.</b>	12%	21%	<b>9%</b>

# CUPRINS

## ▪ CAPITOLUL I. Argumentarea teoretică a lucrării

Introducere.....	01
I.1. Generalități - Actualitatea și importanța temei.....	02
I.2. Configurația anatomo-funcțională a coloanei vertebrale.....	04
I.2.1. Anatomia coloanei vertebrale.....	04
I.2.1.1. Vertebrele adevărate.....	07
I.2.1.2. Caracterele generale.....	07
I.2.1.3. Caracterele regionale ale vertebrelor.....	07
I.2.1.4. Caracterele speciale ale unor vertebre.....	08
I.2.1.5. Vertebrele false.....	09
I.2.2. Biomecanica și fiziologia coloanei vertebrale.....	12
I.3. Deficiențe fizice.....	18
I.3.1. Definiția deficienței fizice.....	18
I.3.2. Clasificarea deficiențelor fizice și mecanismul de producere.....	21
I.3.3. Deficiențe fizice determinate în plan sagital, cifoza.....	21
I.4. Exercițiul fizic, mijloc de corectare a deficiențelor fizice.....	24

## ▪ CAPITOLUL II. Metodologia lucrării

II.1. Motivația alegerii temei.....	26
II.2. Scopurile și ipotezele cercetării.....	27
II.3. Obiectivele și sarcinile cercetării.....	27
II.4. Metodologia cercetării .....	28
II.5. Evaluare, teste și măsurători .....	29

## ▪ CAPITOLUL III. Organizarea și aplicațiile cercetării

III.1. Locul desfășurării cercetării .....	34
III.2. Subiecții cuprinși în cercetare (Testări inițiale, variabilele și mijloacele folosite).....	34
III.3. Aspecte teoretico-metodice necesare elaborării unui program therapeutic. Principii de bază în aplicarea kinetoterapiei.....	35

III.4.	Desfășurarea programului kinetoterapeutic.....	37
III.4.1	Stadiul I – Măsurare și evaluare. <b>Subiectul 1</b> .....	37
III.4.1.1.	Fișa de tratament.....	39
III.4.1.2.	Evaluarea inițială.....	39
III.4.1.3.	Stabilirea planului terapeutic.....	40
III.4.1.4	Obiectivele stabilite în planul terapeutic.....	41
III.4.1.5.	Stadiul II Program de etape.....	41
III.4.1.6	Ședința de tratament și măsurători intermediare.....	42
III.4.1.7.	Stadiul III, Etapa de corijare/pacient Ședința de tratament cu exerciții și măsurători finale.....	45
III.4.2.	Stadiul I – Măsurare și evaluare. <b>Subiectul 2</b> .....	49
III.4.2.1.	Fișa de tratament.....	51
III.4.2.2.	Evaluarea inițială.....	51
III.4.2.3.	Stabilirea planului terapeutic.....	52
III.4.2.4	Obiectivele stabilite în planul terapeutic.....	52
III.4.2.5.	Stadiul II Program de etape.....	53
III.4.2.6	Ședința de tratament și măsurători intermediare.....	54
III.4.2.7.	Stadiul III, Etapa de corijare/pacient Ședința de tratament cu exerciții și măsurători intermediare finale.....	57
III.4.3.	Stadiul I – Măsurare și evaluare. <b>Subiectul 3</b> .....	61
III.4.3.1.	Fișa de tratament.....	63
III.4.3.2.	Evaluarea inițială.....	63
III.4.3.3.	Stabilirea planului terapeutic.....	64
III.4.3.4	Obiectivele stabilite în planul terapeutic.....	64
III.4.3.5.	Stadiul II Program de etape.....	65
III.4.3.6	Ședința de tratament și măsurători intermediare.....	66
III.4.3.7.	Stadiul III, Etapa de corijare/pacient Ședința de tratament cu exerciții și măsurători intermediare finale.....	70
III.5	Analiza și interpretarea rezultatelor.....	73
<b>Concluzii</b> .....		77
<b>Bibliografie</b> .....		78

# CAPITOLUL I.

## Argumentarea teoretică a lucrării

### Introducere

Coloana vertebrală este deosebit de solicitată în viața de zi cu zi iar deviațiile sau chiar deficiențele pot apărea foarte ușor.

Este foarte importantă poziția pe care persoana o adoptă atunci când stă pe scaun, la birou sau în bancă, indiferent că se află la serviciu, la școală sau acasă.

În lumina celor menționate, kinetoterapia, prin recuperare și refacere, ocupă un rol foarte important în prevenirea, ameliorarea și corectarea deviațiilor coloanei vertebrale.

#### I.1. Generalități

Actualitatea și importanța temei

Kinetoterapia este cea mai nouă componentă a medicinei fizice și cuprinde: mijloace, procedee selectate și aplicate metodic, tehnici și metode de bază pentru consolidarea sau refacerea funcțiilor unor părți ale corpului uman afectate de boli sau traumatisme. Aceasta se definește ca terapie prin mișcare, efectuată prin exerciții fizice (acte, acțiuni, activități motrice) împletite în programele de recuperare medicală care urmăresc recuperarea, refacerea și menținerea unor funcții diminuate sau, în alte cazuri, creșterea nivelului funcțional. Principalele sale obiective sunt următoarele: relaxarea, refacerea și creșterea forței și a rezistenței musculare, corectarea posturii și aliniamentului corpului, creșterea mobilității articulare, îmbunătățirea coordonării, controlului și echilibrului, corectarea deficitului respirator, creșterea capacității la efort, îmbunătățirea sensibilității kinestezice.

Explorare: a căuta, a studia, a examina, a analiza și efectuarea de sondaje, a urmări;

Deficiențe fizice: Insuficiență fizică sau psihică;

Corectare: acțiunea de a se îndrepta; de a se corija; de a-și îndrepta defectele; de a se repara;

Exercițiu fizic: exercițiu practică; fizic muncă fizică; mișcare; act motric, acțiune motrică;

#### I.2. Configurația anatomo-funcțională a coloanei vertebrale

##### I.2.1. Anatomia coloanei vertebrale

*„Cunoscută și sub numele de „șiră a spinării”, coloana vertebrală se prezintă sub forma unui șir de piese osoase articulate între ele, situate în plan median și posterior al corpului, constituind „scheletul axial”.<sup>1</sup>*

Coloana vertebrală este formată prin suprapunerea a 33-34 de vertebre, are o lungime de 70-75cm. Această porțiune a scheletului este alcătuită dintr-o serie de componente integrante în formă de mosorel numite vertebre, înșirate una în continuitatea celeilalte.

---

<sup>1</sup> C.Cerbulescu, Mircea Ifrim, Tiberiu Maroș, Gh.Niculescu-Coordonator: Conf . dr. M. Gh. Ifrim, ATLAS DE ANATOMIE UMANĂ, Volumul I Extremitatea cefalică, Trunchiul, Membrul superior, Membrul inferior, Editura Științifică și Enciclopedică București, 1983, p.47

Aceste structuri osoase (vertebre) suprapuse între ele, corespund următoarelor cinci regiuni, fiecare având caracteristici anatomice proprii, de la care au împrumutat numele și se grupează în:

- *Vertebrele cervicale, Vertebrele toracale, Vertebrele lombare, sacrul și coccigele.*

Coloana vertebrală îndeplinește trei roluri:

*de protecție a măduvei*, în canalul vertebral se găsește măduva spinării învelită în meninge.

*rol static*;

*rol biomecanic*; coloana vertebrală este antrenată în mișcări numeroase și ample, care asigură corpului o mare mobilitate.

Ligamentele - reprezintă o importantă structură care favorizează stabilitatea lăuntrică a coloanei, limitând excesul de mișcare.

Grilajul costal – este considerat ca o componentă a stabilității pasive, a coloanei vertebrale limitând exagerările de lateralitate și rotație ale acesteia.

*„Musculatura erectoare asigură extensia trunchiului”.*

Sternul - este un os median, nepereche, situat în partea anterioară a toracelui. Este format din trei piese osoase: manubriu, corp și procesul xifoid (vârful).

Coastele – sunt arcuri care se desprind de pe coloana vertebrală toracală și se îndreaptă spre stern. Sunt în număr de 12 perechi și se numerotează de sus în jos. După raportul lor cu sternul se organizează astfel: coaste adevărate și coaste false.

Musculatura inspiratorie este constituită din: Masa mușchilor scaleni; Diafragma; marele și micul pectoral; supracostalii, micul și marele dințat;

Mușchii expiratori sunt reprezentați de: marele și micul dințat; transversul abdominal; dreptii abdominali; oblicii abdominali;

### **I.3. Deficiențe fizice**

#### **I.3.1. Definiția deficienței fizice**

*„Reprezintă un stadiu mai avansat de evoluție al abaterilor de la atitudinea normală a corpului. Instalarea ei poate fi lentă, ca o consecință a permanențării atitudinii vicioase sau se poate instala brusc, în urma unor împlonăviri sau traumatisme. Se poate corecta, dar nu și hipercorecta, situându-se la limita dintre funcțional și morfologic. Activitatea de corectare a deficiențelor fizice necesită un tratament minuțios, continuu, pe o durată relativ mare de timp în funcție de stadiul de gravitate al acesteia.”<sup>2</sup>*

Deformația fizică.

Se descrie atât prin modificări structurale cât și funcționale ale segmentelor, fapt care face imposibilă corectarea lor în totalitate (aproape niciodată). Mecanismul de instalare poate fi lent,

---

<sup>2</sup> Bălțeanu Veronica- Corectarea deficiențelor fizice în școală - Editura Altius Academy - 2000, p.29



apreciat ca o etapă finală a evoluției unor deficiențe fizice sau se poate instala brusc în urma unor afecțiuni sau accidente care se soldează cu infirmitate fizică.

Cauzele care determină nașterea atitudinilor defectuoase și a deficiențelor fizice pot fi directe (poziții incorecte) sau indirecte datorate unor afecțiuni organice sau psihice.

Atunci când musculatura nu mai poate compensa jocul forțelor antagoniste, apar tulburări funcționale, prin permanentizarea cărora se instalează deficiențele.

### **I.3.2. Clasificarea deficiențelor fizice și mecanismul de producere**

Abateri prin insuficiență, prin exces, prin asimetrie, de creștere și dezvoltare prin disproporție

*Deficiențele fizice în cadrul aparatului locomotor au fost împărțite în 8 mari grupe:*

#### **1. Capul și gâtul Umeri, Torace Abdomen, Spate și omoplați, Bazin, Membre superioare, Membre inferioare.**

### **I.3.3. Deficiențe fizice determinate în plan sagital,**

- lordoza, cifo-lordoza, spatele plan, inversările de curbură spatele rotund
- **cifoza;**

Dintre toate deficiențele fizice determinate în plan anteroposterior ne restrângem și prezentăm doar **CIFOZA** pentru că ea reprezintă subiectul lucrării.

**Cifoza** – „ca deficiență de coloană se definește ca fiind o exagerare a unei curburi cu convexitatea orientată posterior, cât și inversările de curbură ale segmentelor cervical și lombar al coloanei.”<sup>3</sup>

## **I.4. Exercițiul fizic și indicații metodice generale ca mijloc de corectare a deficiențelor fizice vertebrale**

Exercițiile fizice sunt mișcări sistematizate, dirijate către obținerea unor anumite efecte asupra unor funcții ale organismului. La rândul lor ele pot fi:

- exerciții statice (contractiile izometrice); Exercițiile dinamice caracterizate prin contractii musculare, duc la mișcarea segmentelor corpului sau a corpului în întregime.
- exercițiile dinamice libere; cu rezistență (cu îngreunare); Sporturi și jocuri sportive  
Exercițiul fizic repetat treptat (gradat), dozat după principii și reguli stabilite în concordanță cu vârsta, genul, și starea de sănătate a omului oferă creșterea armonioasă și îmbunătățește funcțiile tuturor aparatelor și sistemelor organismului.

---

<sup>3</sup> Bălțeanu Veronica- Corectarea deficiențelor fizice în școală - Editura Altius Academy - 2000, p.45

## **CAPITOLUL II.**

### **Metodologia cercetării**

#### **II.1. Motivația alegerii temei**

Titlul cercetării l-am ales întrucât iubesc sportul și practicarea exercițiilor fizice drept pentru care această cercetare promovează „medaliatul de aur”, exercițiul fizic- mișcarea;

Răbdarea, și experiența dobândite în decursul anilor m-a făcut să aleg o astfel de temă, ce necesită o atenție deosebită la discernerea în anumite situații între o atitudine vicioasă și o deficiență fizică instalată, cât și între patologic și psihologic în vederea îmbunătățirii calității vieții pacientului.

#### **II.2. Scopurile și ipotezele cercetării**

Crearea unor programe de recuperare funcțională, având drept țintă redresarea coloanei vertebrale din poziții defectuoase, ținând cont de curburile hiperaccentuate care trebuiau corijate;

Antrenarea unei posturi corecte pentru a nu exagera celelalte curburi în timpul programului terapeutic;

Transmiterea și întărirea unor informații de bază cu privire la începerea timpurie a tratamentului;

#### **Ipotezele cercetării**

Cercetarea își propune să demonstreze dacă prin mijloacele și procedeele selectate și aplicate metodic în cadrul ședințelor kinetoterapeutice se reușește obținerea unor redresări a curburilor cervicale și/sau lombare.

Se pleacă de la presupunerea că aplicarea unor programe de kinetoterapie va oferi recuperarea acestor deficiențe fizice și anume „*cifoza*” până la îmbunătățirea calității vieții subiecților.

#### **II.3. Obiectivele**

1. Explorarea unor subiecți necesare acestei cercetări;
2. Căutarea și selectarea celor mai adecvate metode, procedee și tehnici ce pot optimiza procesul recuperator în funcție de particularitățile subiectului privind: vârsta, genul, starea de boală și posibilitățile fizice ale acestuia;
3. Structurarea programelor kinetoterapeutice pe etape în funcție de evaluarea și răspunsurile subiecților;

#### **II.4 Metodologia cercetării**

Pentru efectuarea cercetării am aplicat următoarele metode:

Metodele: *documentării, observației-participative, studiului de caz, analizei.*

#### **II.5. Evaluare, Teste și măsurători**

Mobilitatea coloanei vertebrale toraco-lombare se examinează și se apreciază folosind testele: *Ott, Schober, Stibor, Testul degete pe sol.*

# Capitolul III

## Organizarea și aplicațiile cercetării

### III.1. Locul desfășurării cercetării și mijloace de acționare utilizate

În cercetarea de față, am arătat stadiul celor trei cazuri ce prezintă tulburări de postură în plan antero-posterior (sagital), ce au urmat un plan recuperator sub stricta atenție a echipei multidisciplinare din cadrul clinicii „KINE GO” din Iași, dimpreună cu implicarea și participarea mea folosind metoda observației.

### III.2. Subiecții cuprinși în cercetare

Cercetarea am efectuat-o pe parcursul anului 2018, pe o perioadă de 4 luni pe un lot de trei (3) subiecți, dintre care doi de genul feminin și unul de genul masculin.

Subiecții, au fost examinați inițial, apoi intermediar la două luni și în final după perioada de patru luni, unde s-a urmărit evoluția acestor tulburări de postură cât și eficacitatea tratamentului recuperator adoptat.

Durata programului de reabilitare medicală s-a întins pe o perioadă de aproximativ patru luni efectuându-se cu o frecvență de două ședințe, rareori trei pe săptămână.

### III.3. Aspecte teoretico-metodice necesare la elaborarea unui program terapeutic

#### Principii de bază în aplicarea kinetoterapiei

Înainte de începerea programului propriu-zis, în prima ședință se va face o anamneză, o evaluare funcțională o informare asupra importanței igienei în educație fizică și sport (igiena alimentației) și se vor stabili obiectivele.

*„Viața nu poate fi concepută fără ingestia substanțelor nutritive pe seama cărora se desfășoară procesele vitale. Deci, alimentele trebuie văzute ca fiind sursa principală de energie indispensabilă diverselor forme de activitate.”<sup>4</sup>*

Crearea unui plan kinetic constă în respectarea unor principii de bază ale kinetoterapiei ce oferă un parcurs eficient asupra procesului de corectare cum ar fi:

- **PRINCIPIUL, Non nocere;**
- **PRINCIPIUL, Precocității instituirii tratamentului;**
- **PRINCIPIUL, Progresivității sau dozarea și gradarea efortului;**
- **PRINCIPIUL continuității efortului până la recuperarea integral;**
- **PRINCIPIUL individualizării tratamentului;**

### II.4. Desfășurarea programului kinetoterapeutic pentru cei trei subiecți:

- **Fișă de tratament, anamneza**

---

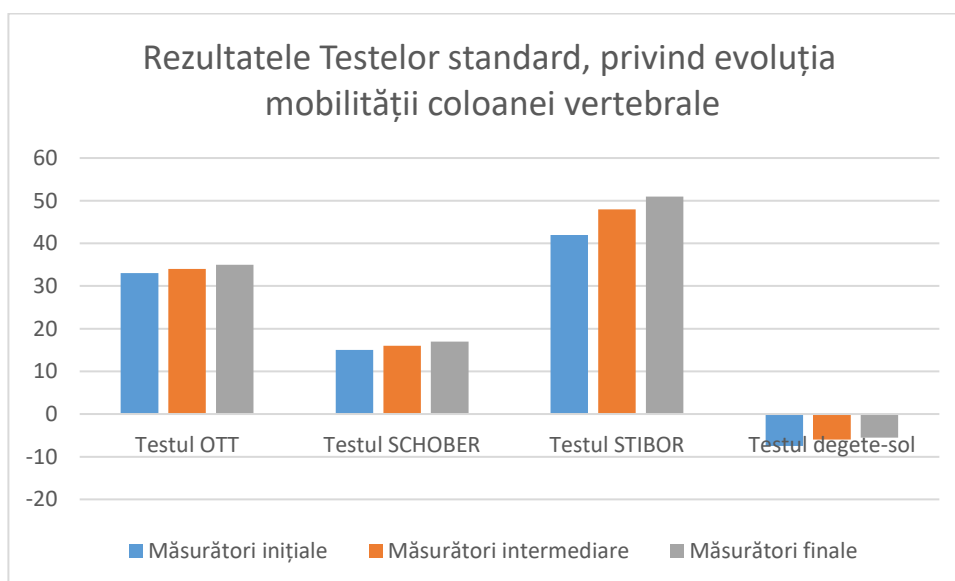
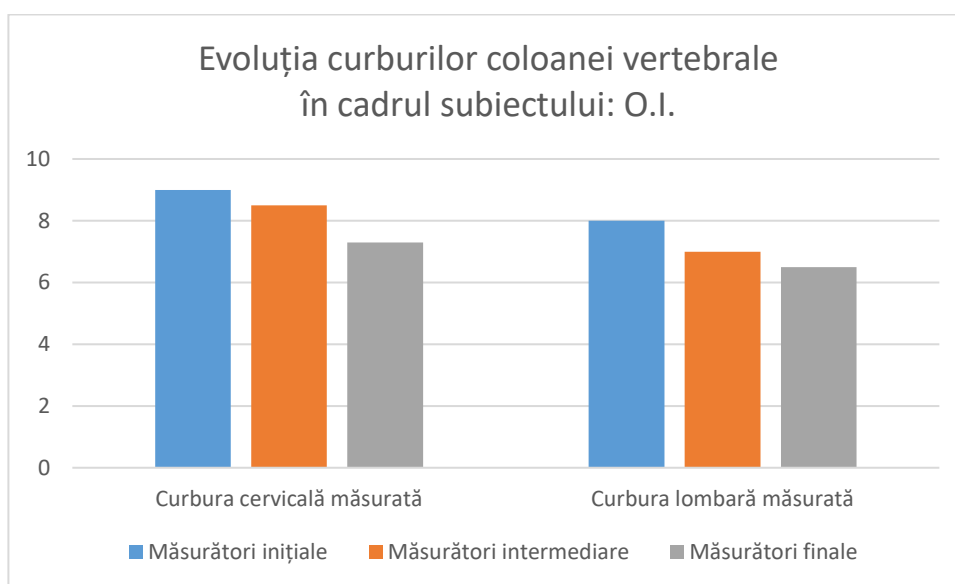
<sup>4</sup> P. Drosescu, - Igiena și controlul medical în sport, Editura Tehnopress, 2005 – Iași.

- Evaluarea inițială, măsurători
- Stabilirea planului terapeutic
- Obiective
- Ședința de tratament, -Exerciții fizice
- Etapa de corijare

### III.5 Analiza și interpretarea rezultatelor

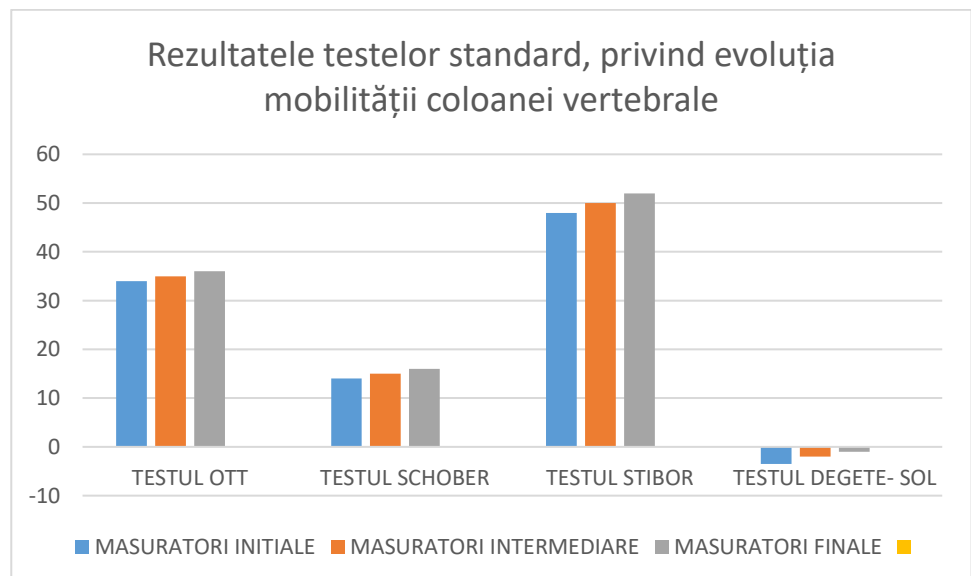
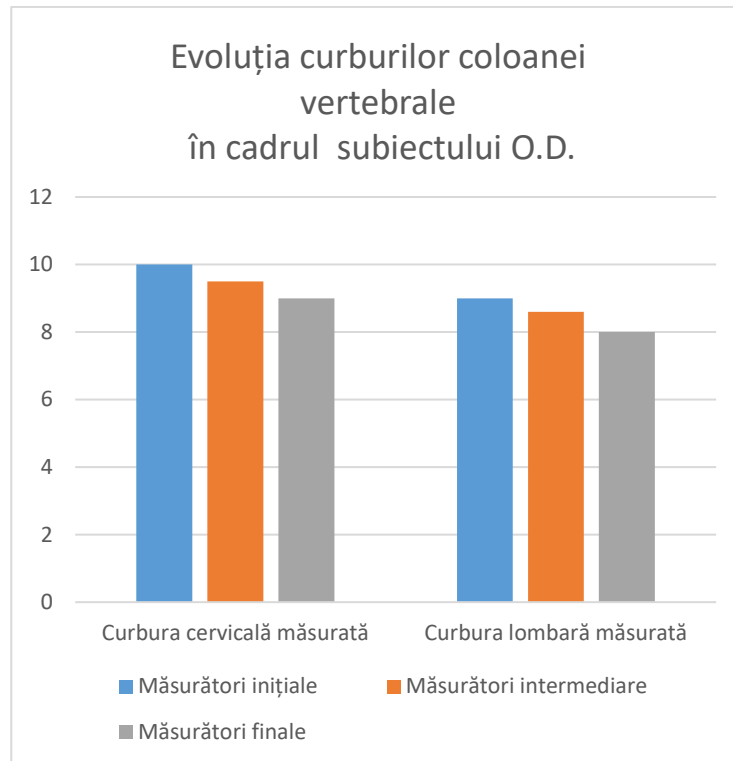
Pentru cazul 1. subiectul O.I., de genul masculin, 13ani, fiind diagnosticat cu: Bosă cervicală cu cifoză dorsală și tendinșă de hiperlordoză lombară, programul de reabilitare medicală a avut ca principale obiective:

#### Exprimarea grafică a rezultatelor



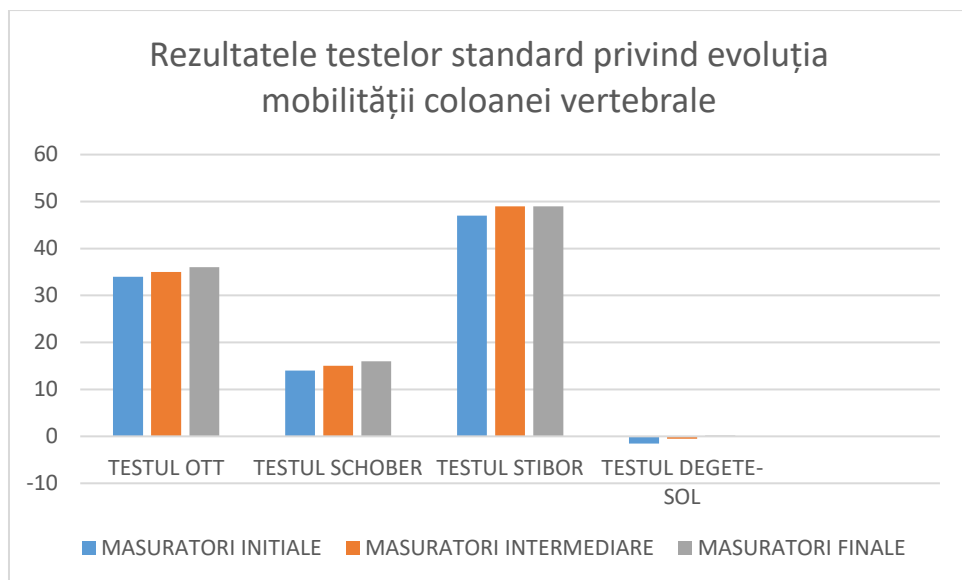
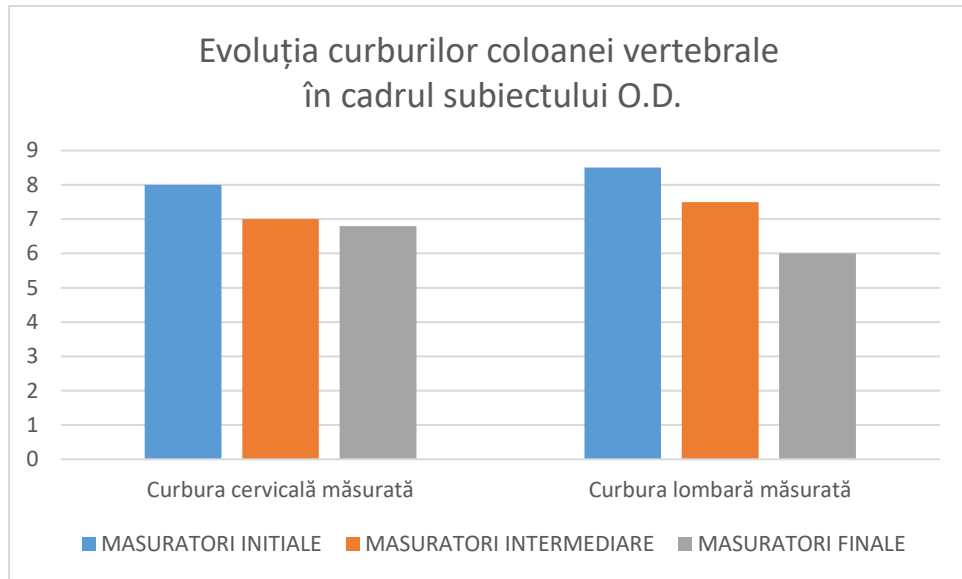
Pentru cazul 2. subiectului V.A-M., de genul feminin, 44ani, fiind diagnosticat cu: Hiperlordoză cervicală și cifoză dorsală, în urma măsurătorilor examinate-a observat și o atitudine lordotică lombară compensatorie.

### Exprimarea grafică a evoluției rezultatelor



Și în final pentru cazul 3. La subiectul O.D. de genul feminin 17ani, identificându-se diagnosticul de lordoză lombară și atitudine cifotică, obiectivele mari ale tratamentului recuperator au fost:

## Exprimarea grafică a efectelor pozitive în urma practicării exercițiilor fizice



### CONCLUZII

Modul de tratare al tulburărilor de postură, nu trebuie înțeles separat ci într-un context mult mai larg decât cel al corectării stricte a curburilor patologice, întrucât acestea apar însoțite de abateri de la normal la nivelul umerilor, omoplaților, la nivelul bazinului până și la alte zone.

Data fiind vârsta pacienților (acolo unde este cazul) prin lotul de subiecți studiați prin această cercetare s-a constatat că: tratamentul prin aplicarea gimnasticii medicale a avut o evoluție bună la subiecții aflați încă în perioada de creștere și dezvoltare.

Programele de exerciții au condus la o corijare parțială a curburilor patologice la nivelul coloanei vertebrale, însă s-au obținut și îmbunătățiri ale elasticității musculare.

## Bibliografie:

- Autori: Ancuța C. Șef lucrări dr. Disciplina Reumatologie și Balneofizioterapie, Facultatea de Medicină U.M.F. „Gr. T. Popa” Iași,  
Chiriac R. Prof. Dr. Disciplina Reumatologie și Balneofizioterapie, Facultatea de Medicină U.M.F. „Gr. T. Popa” Iași,  
Iordache C. Asistent dr. Universitar Disciplina Ergonomie, Facultatea de Medicină dentară U.M.F. „Gr. T. Popa” Iași,  
Iordache O. Medic dentist cabinet individual,  
Scutariu M.M. Șef lucrări dr. Disciplina Diagnostic oro-dentar și geronto-stomatologie Facultatea de Medicină dentară U.M.F. „Gr. T. Popa” Iași,  
**Esențialul în Medicină Fizică și Recuperare Medicală,**  
Editura „Gr. T. Popa” U.M.F. Iași – 2018;
- Bălțeanu Veronica, Specializarea Educație Fizică și Sport Cursurile An III, Sem.II, -  
**Terapia deficiențelor fizice în școală,**  
Editura Universitară „Alexandru I. Cuza” Iași;
- Bălțeanu Veronica - **Corectarea deficiențelor fizice în școală**  
Editura Altius Academy - 2000;
- Cordun M., **Kinantropometrie**, Editura Cd. Press, București 2009;
- Docu Axelerad Daniel, Axelerad Any  
**Kinetoterapia în cifoză,**  
Editura Fundației „Andrei Șaguna” Constanța 2009;
- Drosescu P. – **Biomecanica aparatului locomotor**,  
ETP-Editura Tehnopress Iași-2005;
- P. Drosescu, - **Igiena și controlul medical în sport**, Editura Tehnopress, 2005 – Iași;
- Papilian V., **Anatomia omului volumul I, Aparatul locomotor**, Ediție revizuită de prof. Universitar I. Albu Membru emerit al Academiei de Științe medicale, Editura ALL Cluj 1992;
- Sbenge T., **Kinesiologie, Știința mișcării**, Editura medicală București 2002;
- Sbenge T. **Kinetologie – profilactică, terapeutică și de recuperare**, Editura medicală București 1987;
- Sbenge T. **Bazele teoretice și practice ale Kinetoterapiei**, Editura medicală București 1999;
  - Zoltan Pasztai, **Kinetoterapia în recuperarea funcțională posttraumatică a aparatului locomotor**. Editura Arionda, Oradea, 2001;

# ROLUL CONDUITELOR PSIHOMOTRICE ÎN CREȘTEREA ȘI DEZVOLTAREA COPILULUI

**Pascariu M.<sup>1</sup> (Pascariu Marina)**

**Coordonator: Conferențiar Univ. Dr. Abălașei Beatrice**

*<sup>1</sup>Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport, Specializarea: Kinetoterapie Și Motricitate Specială*

*Tel: 0745684401, Email: [marina.pascariu@yahoo.com](mailto:marina.pascariu@yahoo.com)*

## **Rezumat**

Conceptul de psihomotricitate nu este unul ușor de înțeles, cuvântul primind de multe ori o semnificație ambiguă: ori se pune accentul pe unul din cei doi termeni care îl compun ori se confundă limbajul celor două discipline. Corpul este mijlocul de relație cu sine, cu ceilalți și cu mediul înconjurător, iar realizarea acestor trei relații constituie principalele direcții ale psihomotricității.

*Scopul lucrării:* Scopul lucrării a constat în influențarea creșterii și dezvoltării copiilor, în concordanță cu nivelul de dezvoltare psihomotrică a acestora.

În realizarea acestei lucrări, am pornit de la ipoteza că, prin aplicarea unor exerciții de gimnastică vom putea evidenția rolul componentelor psihomotrice în creșterea și dezvoltarea copilului.

*Material și metode:* În domeniul activității de kinetoterapie sunt utilizate în mod firesc metode ale pedagogiei, fiziologiei, psihologiei, sociologiei, biomecanicii, medicinei, în funcție de tema propusă spre a fi cercetată și de direcțiile în care se urmărește cunoașterea fenomenului. Metodele sunt: metoda studiului bibliografic, metoda observației, metoda experimentului, metoda statistic-matematică a datelor, metoda testelor.

*Rezultate:* Se observă că la Testul de echilibru Flamingo, media a crescut cu 8.54 secunde, gradul de dispersie a scăzut cu  $\pm 0.67$ , iar omogenitatea s-a îmbunătățit cu 7.15 procente. Se observă că la Testul Matorin, media a crescut cu  $11.92^\circ$  spre stânga și cu  $13.46^\circ$  spre dreapta; abaterea standard scade de la  $\pm 33.32$  la  $\pm 32.63$  la testarea efectuată spre stânga și de la  $\pm 53.13$  la  $\pm 50.51$ , la testarea efectuată spre dreapta; de asemenea, omogenitatea cunoaște o îmbunătățire de 0,54 procente la testul efectuat spre stânga și de 1.3 procente la testul efectuat spre dreapta. Se observă că la Testul de memorie motrică, media a crescut cu 2.875 spre stânga și cu 3.696 spre dreapta; abaterea standard scade de la  $\pm 1.281$  la  $\pm 1.187$  la testarea efectuată spre stânga și de la  $\pm 1.125$  la  $\pm 0.534$ , la testarea efectuată spre dreapta; de asemenea, omogenitatea cunoaște o îmbunătățire de 15.95 procente la testul efectuat spre stânga și de 12.95 procente la testul efectuat spre dreapta.

**Cuvinte cheie:** *psihomotricitate, recuperare, creștere, dezvoltare, conduitele psihomotrice.*



# **HORMONOTERAPIA ÎN RECUPERAREA MOTORIE – REZUMAT**

## **CUPRINS**

### **CAPITOLUL I. FUNDAMENTAREA TEORETICĂ A LUCRĂRII**

I.1 ACTUALITATEA ȘI IMPORTANȚA TEMEI

I.2. NOȚIUNI DE FIZIOLOGIE ȘI ENDOCRINOLOGIE

I.2.1. HORMONII ADENOHIPOFIZARI

I.2.2. HORMONII NEUROHIPOFIZARI

I.2.3. HORMONII TIROIDIENI

I.2.4. HORMONII PARATIROIDIENI

I.2.5. HORMONII GLANDELOR SUPRARENAL

I.2.6. HORMONII PANCREATICI

I.2.7. HORMONII SEXUALI

I.3. EFECTELE EFORTULUI FIZIC ASUPRA SISTEMULUI ENDOCRIN

### **CAPITOLUL II. METODOLOGIA LUCRĂRII**

II.1. MOTIVAȚIA ALEGERII TEMEI

II.2 SCOPUL, OBIECTIVELE, SARCINILE SI IPOTEZA CERCETĂRII

II.2.1. IPOTEZA

II.2.2. SCOPUL

II.2.3 OBIECTIVELE CERCETĂRII

II.2.4 SARCINILE CERCETĂRII

## **II.3 METODE CE CERCETARE FOLOSITE PENTRU REALIZAREA LUCRĂRII**

### **II.3.1 METODA STUDIULUI LITERATURII DE SPECIALITATE**

### **II.3.2 METODA MĂSURĂRII ȘI EVALUĂRII**

### **II.3.3. METODA OBSERVAȚIEI**

### **II.3.4. METODA STUDIULUI DE CAZ**

## **CAPITOLUL III. DESFAȘURAREA CERCETĂRII ȘI REZULTATELE EI**

### **III.1. SUBIECȚII ȘI LOCUL DESFAȘURĂRII CERCETĂRII**

### **III.2 DESCRIEREA FIȘELOR MEDICALE, MĂSURĂTORILOR, PLANUL DE RECUPERARE ȘI TRATAMENT**

### **III.3. PROGRAMUL DE RECUPERARE**

### **III.4. REZULTATELE CERCETĂRII ȘI ANALIZA LOR**

### **III.5. CONFIRMAREA/INFIRMAREA IPOTEZEI**

### **III.6. Limitări**

### **III.7. Concluzii**

### **Bibliografie**

## **CAPITOLUL I. FUNDAMENTAREA TEORETICĂ A LUCRĂRII**

În acest capitol am punctat importanța și actualitatea temei, justificat prin capacitatea kinetoterapeutului de a adapta programul de recuperare. Pentru realizarea acestor modificări este esențială înțelegerea deplină a afecțiunilor în cauză, și dacă ne referim la patologii endocrine, acesta trebuie să cunoască mecanismele generale de reglare hormonală pentru a înțelege particularitățile bolii.

În partea de teorie, am cuprins majoritatea noțiunilor generale referitoare la tipurile de hormoni secretați în organism, rolul lor și mecanismele acestora de reglare. Am clasificat

hormonii în trei mari grupe, în funcție de structura lor: hormonii polipeptidici, de exemplu insulina, hormonii steroidieni precum cortizolul și derivații lui, și hormonii rezultați dintr-un singur acid aminat, cum sunt cei tiroidieni.

Pentru o aprofundare mai bună a sistemului endocrin am discutat despre principalele glande și hormonii secretați de acestea.

La nivel hipofizar, adenohipofiza este locul în care sunt sintetizate și secretate 6 peptide hormonale. Ea sintetizează hormonul stimulator tiroidian sau tireotropina (TSH) în tirotropi, hormonul luteinizant (LH) și hormonul stimulator folicular (FSH) în gonado-tropi, prolactina (PRL) în lactotropi, hormonul de creștere (STH) în somatotropi și POMC în corticotropi.

Neurohipofiza secretă hormonul antidiuretic (ADH, vasopresina) și oxitocina; doi hormoni peptidici, primul cu rol în reținerea apei în organism, și celălalt are rol în expulzia laptelui din glandele mamare.

Tiroida secretă doi hormoni importanți, tiroxina și triiodotironina, denumiți în mod obișnuit T4 și respectiv T3, care au ca efect creșterea ratei metabolismului bazal al organismului. De asemeni tiroxina este și precursor al noradrenalinei, respectiv a adrenalinei.

Paratiroidele secretă parathormon (PTH) și calcitonină. Primul acționează asupra osului, rinichiului și tractului digestiv, cu eliberarea calciului din oase, iar celălalt reduce concentrația serică de calciu și fosfat.

Glandele suprarenale secretă adrenalina, aldosteron, cortizol și hormoni sexuali. Adrenalina sau epinefrina produsă atât de glandele suprarenale cât și de unii neuroni de la nivelul sistemului nervos central care determină un răspuns apărut într-o situație de stres crescut. Aldosteronul, produs de către zona glomerulată din cortexul suprarenal, în glanda suprarenală, acționează în special la nivelul tubilor distali și a tubilor colectari ai nefronilor, stimulând absorbția sodiului și a apei. Cortizolul este principalul hormon glucocorticoid din organism. Acesta are efecte asupra majorității organelor cu participare în metabolismul proteic, glucidic și lipidic. Hormonii sexuali produși de suprarenale sunt androgeni, cu rol în definirea organelor sexuale

Pancreasul secretă insulina, glucagon și somatostatina. Insulina are rol hipoglicemiant, iar glucagonul apare în hiperglicemie.

Hormonii sexuali, împărțiți în testiculari și ovarieni vizează în general procesele sexuale. Testosteronul facilitează definirea caracterelor sexuale la bărbați, cu același rol fiind estrogenii la femei.

## **CAPITOLUL II. METODOLOGIA LUCRĂRII**

Ipoteza cercetării a fost că exercițiul fizic realizat prin prisma kinetoterapiei, poate facilita secreția hormonală în condiții de afecțiuni patologice ce presupun hiposecreția unui hormon.

Scopul lucrării este de a confirma ipoteza enunțată mai sus, de a reuși aplicarea cu succes a indicațiilor teoretice din literatura de specialitate, în practică, cu obținerea unor rezultate pozitive. Pe plan general se urmărește ameliorarea unei condiții de ordin endocrin cu ajutorul sau prin folosirea exclusivă a exercitiului fizic ca și factor remediant, adică cu sau fără un tratament hormonal simultan.

Printre obiectivele cercetării s-au numărat evidențierea particularităților cazuistice, adaptarea programului de recuperare, demonstrarea eficacității kinetoterapiei în stimularea secreției hormonale etc.

Ca și sarcini am avut studierea literaturii de specialitate, alcatuirea programului de recuperare, testarea inițială, intermediară și finală a valorilor hormonale, centralizarea, compararea și interpretarea rezultatelor obținute și realizarea concluziilor generale.

Metodele de cercetare folosite pentru realizarea lucrării au fost:

- Studierea literaturii de specialitate
- Masurarea și evaluarea
- Observația

- Studiul de caz

### **CAPITOLUL III. DESFAȘURAREA CERCETĂRII ȘI REZULTATELE EI**

În acest capitol am desfășurat studiul de caz propriu zis. Pacientul, respectiv subiectul a fost o fată cu vârsta de 11 ani provenită din mediu urban, diagnosticată la vârsta de 6 ani cu nanism hipofizar.

Pentru înțelegerea și interpretarea corectă a studiului realizat, este necesară delimitarea evoluției pacientului în două perioade intervale cronologice, unul în care pacienta urmează un program kinetoterapeutic și un interval antecedent, în care aceasta a urmat doar cursul tratamentului hormonal.

Pacienta a fost diagnosticată la vârsta de 5 ani cu o formă de nanism hipofizar, în urma unor analize hormonale realizate în scopul explicării stagnării creșterii în înălțime în intervalul 4-5 ani.

Evoluția pacientei a fost una pozitivă, funcțiile metabolice răspunzând corespunzător la tratamentul hormonal. Acest lucru se poate observa în valorile măsurătorilor fizice raportate la vârsta respectivă și la dozarea tratamentului cu Zomacton.

Perioada în care s-a aplicat programul kinetoterapeutic a fost începând cu data de 20.11.2017, până în prezent. S-a urmărit utilizarea kinetoterapiei cu caracter profilactic, pentru prevenirea posibilelor afecțiuni ale aparatului locomotor, care însoțesc nanismul în multe dintre cazuri.

După măsurătorile de înălțime și greutate raportate la vârstă, putem observa o creștere direct proporțională a înălțimii și greutății. Pe plan hormonal observăm că cea mai mare concentrație de IGF-1 înregistrată pe parcursul lunii a 6-a are loc în urma aplicării programului kinetoterapeutic. Astfel se confirmă că adăugarea kinetoterapiei la tratamentul hormonal a avut efecte pozitive.

## Concluzie:

Așa cum am demonstrat pe parcursul acestei lucrări, endocrinologia, fiziologia și kinetoterapia sunt domenii ce se intersectează. Astfel, pentru a fi pregătiți pe deplin în rolul viitoarei profesii, trebuie să avem cunoștințe de bază în domeniile menționate mai sus. Acest lucru este necesar în ideea în care un pacient cu o afecțiune de tip hormonal trebuie adresat altfel comparativ cu un caz normal. Este evident că prioritară va fi tratarea condiției cu care pacientul se prezintă la noi, însă programul de recuperare trebuie adaptat în măsura în care să nu interfereze cu tratamentul pe plan endocrin. De aceea anumite cunoștințe despre efectul pe care exercitiul fizic îl are asupra secreției sau inhibiției hormonale sunt de ajutor.

În ceea ce privește cercetarea în sine, prin studiul de caz ales am putut exemplifica concret un context în care deficiența secreției unui hormon poate fi remediată într-o mică măsură bineînțeles, prin simpla aplicare a unor principii kinetoterapeutice.

# POSSIBILITĂȚI DE INTERVENȚIE KINETOTERAPEUTICĂ ÎN TRAUMATOLOGIA ACTIVITĂȚII SPORTIVE

**Radu A. Ș.<sup>1</sup> (Radu Adriana Ștefania)**

**Coordonator: Lect. Dr. Puni Alexandru Rareș**

*<sup>1</sup>Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport, Specializarea: Kinetoterapie Și Motricitate Specială*

## **Rezumat**

Macrotraumatismele determina o leziune anatomică distinctă (fractură, luxație). Afecțiunile apărute în urmă unor suprasolicitări provoacă o serie de leziuni microtraumatice la nivel musculo-scheletic, conducând la apariția unor forme anatomo-clinice specifice.

*Ipoteza:* După o reconstrucție chirurgicală de ligamentoplastie prin artroscopie, capacitățile fizice ale pacientului ( mobilitate articulară, forță musculară, proprietățile proprioceptive) sunt mult diminuate. Așadar tratamentul de reabilitare este indispensabil pentru a optimiza aceste funcții. Obiectivul acestui studiu este de a demonstra eficiența protocolului optimal de tratament pentru pacienta care a beneficiat de o ligamentoplastie. Acest protocol se adaptează după mai mulți parametri: vârsta, ramura sportivă, capacitățile și evoluția lui proprie, fiind urmărite de medic împreună cu kinetoterapeut.

Obiectivul kinetoterapeutului este de a stabili cel mai bun protocol de recuperare executat pe zile, pentru a optimiza recuperarea funcțională a genunchiului.

Preuspunem că prin utilizarea celor mai eficiente metode si procedee din kinetoterapie vom reuși o reintegrare și o revenire cât mai rapidă a sportivului în activitatea sa.

*Scopul lucrării:* Scopul principal al lucrării constă în urmărirea deficitului funcțional al genunchiului si realizarea unui program de recuperare individualizat și reintegarea cât mai rapidă în activitatea sportivă.

*Material și metode:* Studiul de caz s-a desfășurat în clinica medicală de recuperare MedCare din orașul Piatra Neamț, în perioada iunie-septembrie 2017. Clinica dispune de mai multe săli de kinetoterapie ce oferă toate condițiile de tratament si de recuperare. Dotările sălilor constau în: spaliere, saltele, oglinzi, scripeți, bandă și bicicletă ergometrică, greutăți, gantere, fizio-ball, saci cu nisip, traseu de educare a mersului în plan înclint etc.

Pentru explorarea și evaluarea pacienților, sunt puse la dispoziție cântare, benzi metrice, goniometre, fise de înregistrare a datelor. Deasemenea am beneficiat și de colaborarea întregii echipe de specialiști în domeniu.

Am urmărit subiectul R.R, în varstă de 22 ani, sex feminin, profesie: sportivă de performanță, legitimată la clubul Handbal Club Feminin- Piatra Neamț, diagnosticată cu ruptură de ligament încrucisat anterior, genunchi stâng.

Pacienta a apelat la serviciile clinicii la 5 zile postoperator, prezentand o ușoară deviere în valg, edem și un diametru al coapsei la 5 cm deasupra rotulei de 45cm pe M.I. stâng (afectat) și 42cm pe M.I. drept. Flexia masoară 75° și nu prezintă deficit de extensie, musculatura este slabită.

- în prima etapă: am realizat documentarea teoretică a materialelor de specialitate
- în a doua etapă: am primit acceptul pacientei și am realizat testările
- în a treia etapă: am elaborat și am pus în practică programele de kinetoterapie, în vederea recuperării pacientului.
- în etapa finală: am comparat evoluția și am interpretat datele obținute.

*Rezultate:* S-a observat o recuperare satisfăcătoare de 60° a flexiei în cele 3 luni postoperator. Valorile inițiale reduse se datorează restricției impuse de medicul ortoped, edemului și durerii. Datorită exercițiilor de tonizare din protocolul de recuperare, se observa o creștere considerabilă a forței musculaturii genunchiului, realizând exerciții de flexie, extensie, abd., add, cu o rezistența medie spre mare (F4, F5), comparativ cu mebrul sănătos.

*Concluzii:* Realizarea acestei lucrări de licență privind posibilitățile de intervenție kinetoterapeutică în traumatologia activității sportive, realizată în perioada iulie-septembrie 2017 a avut următoarele rezultate:

1. Programul conceput pentru reabilitarea funcțională a genunchiului după ligamentoplastie de ligament încrucișat anterior a fost un succes dovedindu-și eficacitatea prin rezultatele obținute.
2. Preponderența unei accidentări este mai mare la sporturile de contact.
3. S-a constatat o scădere a durerii, ceea ce a permis o recuperare mai eficientă.
4. Mobilitatea articulară principală la flexie și extensie s-a recuperat foarte bine.
5. Recuperarea musculară a flexorilor, extensorilor, adductorilor și abductorilor a fost favorizată foarte mult de kinetoterapie combinată cu electroterapie.
6. Soluția optimă pentru recuperarea rupturii de ligament încrucișat anterior, dar și a altor traumatisme s-a dovedit a fi kinetoterapia cu mare accent pe dozarea, individualizarea și planificarea ei.

**Cuvinte cheie:** *durere, genunchi, ligamente, forță musculară, sport, exerciții.*



## Rezumat lucrare licență

Am ales să abordez tema “Kinetoterapia lehuzei cu afectări anatomofuncționale”, punând accent pe operația cezariană deoarece după Revoluție, țara noastră a înregistrat cea mai mare creștere a procentului de nașteri prin cezariană din Europa: peste 29% (de la 7.2%, în 1990, la 36,3%, în 2014). Deși intervenția este practică în cazul aparițiilor complicațiilor pe parcursul sarcinii sau nașterii, aceasta se poate executa și la cererea gravidei. Operația cezariană este tot mai cunoscută și luată în considerare de către viitoarele mame datorită avantajelor acesteia, fie că este sau nu imperios necesară.

Orice femeie trebuie informată și pregătită cu privire la o sarcină/naștere complicată, dar și asupra faptului că, prin kinetoterapie, starea acesteia se poate ameliora. Prin acest studiu, “Kinetoterapia lehuzei cu afectări anatomofuncționale”, am dorit să fac cunoscut faptul că exercițiul fizic bine structurat ajută la o mai rapidă revenire a organismului la starea inițială.

Lucrarea este structurată pe trei capitole intitulate:

Cap. I Argumentarea teoretică a lucrării

Cap. II Metodologia lucrării

Cap. III Aplicații, rezultatele cercetării și interpretarea lor

Primul capitol reprezintă partea teoretică a lucrării. Acesta prezintă date generale despre ginecologie și obstetrică, definiții, informații cu privire la starea de lehuzie, modificări ce survin în această perioadă, indicații.

Capitolul doi constă în motivația alegerii temei, ipoteză (Presupunem că prin aplicarea unui program kinetic, după operația cezariană, se diminuează durerile survenite iar revenirea la starea morfofuncțională anterioară sarcinii va fi mai rapidă.), scopul, obiectivele, prezentarea subiecților, teste utilizate.

Capitolul trei reprezintă partea practică a lucrării în care, după efectuarea unui program kinetic, am prezentat rezultatele obținute în urma testelor utilizate și le-am interpretat.

Acest studiu, cu privire la femeia lehuză, mi-a captat atenția deoarece am considerat că este o temă importantă pentru noi femeile și este necesară răspândirea acesteia. Societatea în ultima perioadă de timp ne oferă cât mai multe condiții pentru a asigura perpetuarea speciei și a menține tinerețea și vitalitatea poporului.

Prin acest studiu doresc să aprofundez informațiile referitoare la riscurile și schimbările organismului atât în perioada sarcinii cât și în perioada portpartum, având ca scop revenirea la starea dinaintea sarcinii, din punct de vedere fizic, a proceselor fiziologice și, nu în ultimul rând, psihic, deoarece zilele de după naștere sunt pline de suișuri și coborâșuri emoționale.

Kinetoterapia leuzei cu cezariană urmărește ameliorarea durerii, prevenirea apariției complicațiilor, atât îmbunătățirea stării de sănătate la nivel global, cât și creșterea forței musculare, dar și echilibrarea psihică.

Scopul lucrării constă în atingerea tuturor propuse, și evidențierea importanței kinetoterapiei în revenirea organismului la starea inițială, cea dinaintea gravidității, cât mai rapid posibil. În perioada lăuziei, scopul programului kinetic este să readucă organismul femeii cât mai repede posibil la nivelul său estetic și funcțional de dinainte de sarcină. Modificările generate de sarcină în arhitectura organelor și viscerelor abdominale prin distensia peretelui abdominal pot genera dureri și deschide orificiile herniare. Refacerea presei abdominale are o mare importanță în prevenirea ptozelor viscerale.

Cercetarea s-a desfășurat pe o perioadă de șase luni. În studiu au fost cuprinse două leuze ce au născut prin operația cezariană, amândouă fiind la prima intervenție de acest fel. Din aceste două cazuri doar unul a beneficiat de kinetoterapie. S-au folosit testări inițiale, intermediare și finale în ambele cazuri, pentru a compara rezultatele obținute în vederea confirmării sau a infirmării ipotezei.

În primele șase-șapte săptămâni vom aplica teste pentru evaluarea durerii, iar după cicatrizarea plăgii vom efectua testul muscular și încerca să îmbunătățim forța mușchilor abdominali. Testele utilizate sunt: scala numerică a durerii (i se cere gravidei să identifice nivelul durerii resimțite, 0 însemnând fără durere, iar 10- cea mai mare durere resimțită), Scala verbală a descrierii durerii (VDD)- utilizează cuvinte pentru a descrie durerea și testul muscular.

Programul kinetic s-a desfășurat pe două perioade: în primele șase-șapte săptămâni, vom folosi doar testările pentru durere, testul muscular va fi utilizat după vindecarea completă a cicatricei operatorii! Reeducarea aparatului respirator, mers, exerciții pentru planșeul pelvin (exerciții: bascularea bazinului, pentru respirație, pentru planșeul pelvin pe fizioball, alunecarea călcâiului pe planul saltelei, clamshell-depărtarea și apropierea genunchilor din decubit lateral.) și partea a doua Gimnastica abdominală în lăuzie ce are ca scop redobândirea formei

abdomenului, recuperarea tonusului muscular și reducerea stratului adipos. Se vor introduce progresiv toate exercițiile de gimnastică abdominală.

Obiectivele generale sunt: Combaterea durerii; Creșterea tonusului și forței musculare abdominale, facilitând ameliorarea funcției presei abdominale (prevenirea ptozelor viscerale); Creșterea tonusului și forței musculaturii planșeului pelvi-perineal; Restabilirea aliniamentului corporal (tulburări de statică; hiperlordoza generată de sarcină; cifoza dorsală generate de creșterea în volum a sânilor și poziției pentru alăptat; prabușirea boltei plantare); Ameliorarea parametrilor respiratori; Diminuarea țesutului adipos; Echilibrarea psihică.

În urma testărilor și măsurărilor efectuate putem afirma că scopul și obiectivele lucrării au fost atinse. Efectele pe care exercițiul fizic le are asupra organismului leuzei se evidențiază prin compararea datelor numerice obținute în dreptul fiecărei participante.

Operația cezariană amplifică scaderea forței musculare, scade mai ales cea a mușchilor direct interesați (musculatura abdominală, în special dreptii abdominali), proces început în timpul sarcinii, iar incizia operatorie generează o durere insuportabilă mai ales la primii pași.

În urma aplicării programului kinetic, testările musculare, efectuate după terminarea ședințelor de kinetoterapie, au evidențiat o creștere a forței, capacitatea de efort fiind mult îmbunătățită. A ajutat la corectarea tulburărilor de statică vertebrală generate de hipotonia mușchilor abdominali și de sarcină, în general, la ameliorarea parametrilor respiratori și la diminuarea țesutului adipos.

Cu ajutorul datelor obținute putem confirma verificarea ipotezei. Aplicarea unui program de kinetoterapie unei leuzei ce a născut prin intermediul operației cezariană, va diminua durerile survenite și îmbunătăți starea de leuzie, iar revenirea la starea morfofuncțională anterioară sarcinii va fi mai rapidă.

## Bibliografie

### Repere bibliografice:

1. A. Marin tradus dupa M. Glenville, “*Cartea sănătății femeii*”, București, Editura All, 2011;
2. B. Hagi, „*Kinetoterapia în obstetrică și ginecologie- CURS*”, Iași, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza” Iași;
3. C. Bușneag, “*Kinetoterapia în afecțiunile obstetrico-ginecologice si abdominale*”, Editura Fundației Romania de mâine;
4. D. N. Constantin, “*Operația cezariană, Ghidul 15/Revizia 0/12.12.2010*”, Editura Oscar Print, București, 2011;
5. Dr. D. Gheorghiu, “*Sarcina și lăuzia*”, Editura Medicală, 1965;
6. Dr. I. Rădulescu, “*Operația cezariană*”, București, Editura Medicală, 1982, p. 35;
7. F. Dumitrache, “*Elemente practice de obstetrică pentru învățământul universitar și postuniversitar*”, Iași, Editura Media-Tech, 1999;
8. F. Dumitrache, S. Buțureanu, R. Socolov, D. Gafițanu, “*Obstetrică practică*”, Iași, Editura “Gr. T. Popa”, 2011;
9. F. Stamatian, “*Obstetrică și ginecologie- Volumul I*”, Editura Echinox, 2003;
10. G. Paladi, O. Cernețchi, “*Bazele obstetricii fiziologice*”, Chișinău, Centrul Editorial-Poligrafic Medicina;
11. I. Galea, V. Ardelean, “*Metodologia cercetării științifice în educație fizică și sport*”, Editura Universității “Aurel Vlaicu”, Arad, 2010;
12. I. M. Popovici, “*Elemente de psihopedagogie cu aplicații în educație fizică și sportivă*”, Editura Universității “Al. I. Cuza”, Iași, 2015;
13. I. Munteanu, „*Tratat de obstetrică-Ediția a II-a, Vol I*”, Editura Academiei Române, București, 2006;
14. I. Turcu, “*Metodologia cercetării în educație fizică și sport*”, Editura Universității “Transilvania”, Brașov, 2007;
15. J. Graham, “*Biblia femeii gravide*”, Editura Elit;
16. M. Epuran, “*Metodologia cercetării activităților corporale. Exerciții fizice, sport, fitness*”, Editura Fest, București, 2005;

17. M. Epuran, G. Vajiala, “*Metodologia cercetării în educație fizică și sport*”, Editura Fundației Romania de Mâine, București, 2008;
18. M. Onofriescu, “*Prelegeri de obstetrică și ginecologie*”, Iași, Editura Tehnopress;
19. M.-J. Aldea, I. Brănișteanu, Niculescu, R. , Țopa, E. ,, *Obstetrica fiziologică – Elemente de kinetoterapie*”, Iași, Editura Institutul European, 1999;
20. P. Drosescu, M. Poana, “*Anatomie-CURS*”, Iași, Editura Universității “Alexandru Ioan Cuza” Iași;
21. P. Vârtej, “*Obstetrică fiziologică și patologică*”, Editura All, 1996;
22. V. Ancăr, C. Ionescu, “*Obstetrică*”, Editura Național, 1997;
23. V. Bălțeanu, L. M. Ailioaie, „*Metode și tehnici kinetologice în recuperarea posttraumatică*”, Iași, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2014;
24. W.W. Beck, Jr., M.D., “*Obstetrică și ginecologie-National Medical Series, Ediția a 4-a*”, București, Editura Medicală Amaltea;
25. M. Vasile, M. Dan, “*Kinetoterapie/Physioterapy*”, Editura Universității din Oradea, 2006;

### **Repere electronice:**

<http://anaesthesiaonline.com/lectures/lecturesfile/paediatricpostpain-5-4-06naomi/mainfolder/p1.htm> site accesat pe 14.06.2018;

<http://anaesthesiaonline.com/lectures/lecturesfile/paediatricpostpain-5-4-06naomi/mainfolder/p1.htm> site accesat pe 14.06.2018;

<http://ro.lady-magazine.com/pregnancy/useful-exercises-for-pregnant-women-1-2-3-trimesters-the-best-exercises-during-pregnancy.html>, site accesat pe 14.06.2018;

<http://www.csid.ro/dictionar-medical/anexectomie-11294091/>, site accesat pe data 7.04.2018;

<http://www.i-medic.ro/sexologie/organele-sexuale/aparatul-genital-feminin-sexualitatea-si-reproducerea>, site accesat pe 05.01.2018;

<http://www.nastenatural.ro/ce-presupune-o-operatie-cezariana-si-dupa-cat-timp-se-vindeca/>, site accesat pe 11.06.2018;

<http://www.nastenatural.ro/recuperarea-dupa-cezariana/>, site accesat pe 20.02.2018;

[http://www.qbebe.ro/sarcina/probleme\\_in\\_sarcina/totul\\_despre\\_sarcina\\_extrauterina](http://www.qbebe.ro/sarcina/probleme_in_sarcina/totul_despre_sarcina_extrauterina), site accesat pe data 6.03.2018;

<https://e-pedia.ro/2012/09/21/organele-genitale-feminine/>, site accesat pe 05.01.2018;

<https://recorder.ro/nastem-si-noi-azi-industria-cezarienelor-alimentata-de-teama-comoditate-si-lacomie-video/>, site accesat pe 10.06.2018;

<https://ro.wikipedia.org/wiki/Epiziotomie>, site accesat pe 6.03.2018;

<https://www.bebestrumf.com/pozitiile-fatului-la-nastere-mecanismul-nasterii-diferite-prezentatii/>, site accesat pe 25.01.2018;

<https://www.cocoon.ro/nastem-si-noi-azi-dupa-revolutie-tara-noastra-a-inregistrat-cea-mai-mare-crestere-a-procentului-de-nasteri-prin-cezariana-din-europa-peste-29-de-la-7-2-in-1990-la-363-in-201/#>, site accesat pe 20.04.2018;

<https://www.contraboli.ro/despre-histerectomie-si-anexectomie-poze-video/>, site accesat pe 7.04.2018;

<https://www.contraboli.ro/placenta-praevia-poze/>, site accesat pe 29.05.2018;

<https://www.scribd.com/doc/163928573/Anatomia-Si-Fiziologia-Aparatului-Genital-Feminin#> , site accesat pe 20.09.2017;

<https://www.ziaruldeiasi.ro/ghidul-pentru-sanatate/cezariana-incizia-abdominala-se-vindeca-in-medicie-in-aproximativ-4-saptamini~ni8cb0>, site accesat pe 23.05.2018;

<https://www.ziaruldeiasi.ro/ghidul-pentru-sanatate/lauzia-ce-probleme-si-complicatii-pot-aparea-in-prima-luna-dupa-nastere~ni72if>, site accesat pe 08.02.2018;

<https://breezymama.com/2011/01/06/postpartum-exercises-c-section/>, site accesat pe 13.06.2018;

# JOCUL DE BASCHET CA MIJLOC DE RECUPERARE A ATITUDINII CIFOZICE

**RUSU MATEI**

**Coordonator: Lector dr. Onose Ionuț**

<sup>1</sup>Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, Facultatea De Educație Fizică Și Sport,  
Specializarea: Kinetoterapie Și Motricitate Specială

Tel: 0761277795, Email: [rusu\\_matei\\_ak@yahoo.com](mailto:rusu_matei_ak@yahoo.com).

## **Rezumat**

Cifozele sunt deviații ale coloanei vertebrale, în plan sagital (anteroposterior), prin exagerarea curburilor normale ale acesteia, cu convexitatea curburii orientată posterior.

*Ipoteza:* În această lucrare presupunem că anumite mișcări specifice jocului de baschet au un rol benefic în corectarea cifozei.

*Scopul lucrării:* Scopul lucrării este de a analiza interacțiunea dintre mijloacele specifice jocului de baschet și cifoza, în vederea stabilirii unei interdependențe dintre aceste elemente.

*Material și metode:* Am efectuat ședințe de kinetoterapie de 3 ori pe săptămână și am integrat mișcări specifice jocului de baschet într-un program de kinetoterapie standardizat. Am avut 2 pacienți, iar durata întregului program a fost de 60 de zile.

*Rezultate:* În urma programului de kinetoterapie cei doi pacienți au efectuat din nou testul sageții cervicale în urma căruia s-a constatat că pacientul S.A a avut o scădere totală de 2,5 cm, iar pacientul S.P a avut o scădere totală de 1,9.

*Concluzii:* Concluziile la care am ajuns în urma efectuării cercetării, demonstrează că mișcări specifice jocului de baschet, folosite într-o manieră terapeutică, au un efect benefic în vederea corectării cifozei.

**Cuvinte cheie:** *cifoza, corectare, plan terapeutic, baschet, aliniament, parametri fiziologici.*

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași  
Facultatea de Educație Fizică și Sport  
Specializarea Kinetoterapie și Motricitate Specială

Lucrare de Licență

Coordonator științific:  
Conf.univ.dr. Abălașei Aurelia-Beatrice

Absolvent:  
Solomon Silviu-Ioan

2018



Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași  
Facultatea de Educație Fizică și Sport  
Specializarea Kinetoterapie și Motricitate Specială

Studiu privind corelația dintre componentele motrice și cele perceptiv-motrice

2018

## Rezumatul lucrării

Lucrarea cuprinde cele trei capitole fundamentale unei lucrări de licență și anume:

1. **Fundamentarea teoretică a cercetării.** Aici am ales să discut despre definiția psihomotricității și caracteristicile ei, caracteristicile dezvoltării psihomotrice, caracteristicile generale ale procesului de creștere și dezvoltare, etapele dezvoltării psihomotrice, componentele psihomotrice, tulburările de psihomotricitate, educarea psihomotrică și programul de activități pentru educarea psihomotrică.

Am ales această temă deoarece am îndrăgit această disciplină, dar și pentru că m-a ajutat la cunoașterea și înțelegerea proceselor de educare și reeducare psihomotrică.

Psihomotricitatea este rezultatul integrării educației și maturizării funcțiilor motrice și psihice, iar în ceea ce privește mișcările, face trimitere la determinarea lor (voința, afectivitatea, nevoile, impulsurile). După naștere, psihomotricitatea evoluează progresiv și în strânsă legătură cu maturizarea neuro-motrică și cu procesul reeducativ. Dezvoltarea psihomotricității la copil prezintă o serie de caracteristici ce stau la baza evaluării nivelului și calității dezvoltării.

Copilăria este o etapă complexă, în timpul căreia organismul suferă numeroase schimbări. Procesele fundamentale ce au loc în această etapă sunt cele de creștere și dezvoltare. Creșterea este un proces cantitativ prin care se realizează acumularea de substanță organică. Este un proces complex ce cuprinde două laturi, și anume creșterea în volum și refacerea masei celulare uzate. Dezvoltarea este un proces calitativ prin care se realizează o permanentă restructurare și reorganizare a conținuturilor. Prin procesul de creștere se înțelege nivelul cantitativ al indicatorilor somatici individuali, nivel influențat de acțiunea factorilor genetici și de mediu. Creșterea trebuie privită în toată complexitatea sa deoarece este o caracteristică de bază a organismelor vii. Ea are loc atunci când intensitatea proceselor de asimilare este mai mare decât a celor de dezasimilare. Organismele vii își sporesc masa de substanță proprie prin asimilarea materialului din ambianță. Prin dezvoltare se înțelege nivelul calitativ al indicilor somatici individuali, nivel dependent de acțiunea factorilor ereditari și de mediu, în care educația are un rol important. Dezvoltarea trebuie privită ca o accentuare a complexității structurii și funcțiilor, ca o orientare către maturizare morfologică și funcțională. Procesul de dezvoltare se bazează pe anumite fenomene ce au loc la diverse nivele de organizare cum ar fi nivelul celular, subcelular, tisular, la nivelul întregului organism, cât și la nivelul colectivității umane.

Cunoașterea propriului corp este condiția și instrumental prin care copilul se cunoaște pe sine. Copilul se manifestă complet prin posturile corporale, prin atitudini, gesture, sau mimică.

Componentele psihomotricității sunt: schema corporală, coordonarea dinamică și generală, lateralitatea, coordonarea perceptiv-motrică, echilibrul static și dinamic.

Tulburările psihomotrice sunt legate de afectivitate dar și de somatic prin legătura cu calea finală comună, nefiind dereglări definitive ale sistemului neuropsihologic. Domeniile de explorare a tulburărilor de psihomotricitate se regăsesc în patologia neurologică grupate în așa numita infirmitate cerebrală motorie. Din punct de vedere relațional sunt caracteristice dificultățile de comunicare și de contact cu alte persoane, alternând între stări de inhibiție și manifestări de instabilitate, duse până la agresivitate. Deficitul psihomotric nu se manifestă strict și localizat. Apar tulburări difuze ale comportamentului motor și al celui psihic.

## 2. Metodologia cercetării

Ipoteza presupune că educarea psihomotrică la copii preșcolari (4-6 ani) evidențiază legătura dintre conduitele motrice și cele perceptiv-motrice.

Ca obiective generale vizate avem cunoașterea și înțelegerea elementelor constitutive ale psihomotricității, cunoașterea instrumentelor prin intermediul cărora se poate acționa, stăpânirea comportamentelor de bază ale psihomotricității pentru a obține o reacție adecvată.

Obiectivele particulare sunt: dezvoltarea kinesteziei, a percepției și reprezentării complexe a mișcării, perfecționarea capacității de mișcare îndreptată către adaptarea precisă la solicitări și stăpânirea corpului, evaluarea potențialului psihomotric prin aprecierea raportului dintre vârsta biologică și cea cronologică, dezvoltarea priceperilor și deprinderilor motrice de bază și aplicative: mers, alergare, săritură, aruncare, echilibru, cățărare, tracțiune, perfecționarea calităților motrice: forța, viteza, rezistența, îndemânare.

Metodele folosite în predarea și studierea copiilor preșcolari pentru educarea psihomotrică au fost cele precum întâlniri și discuții interactive, metode de instruire sau execuție.

Studiile de dezvoltare au determinat elaborarea unor norme ce permit aprecierea evoluției copilului. Aceste norme sunt raportate la anumite grupe de vârstă, astfel că este posibilă aprecierea nivelului performanțelor obținute de copil. Evoluția psihomotricității este influențată de unii factori biologici și psihologici, dintre care cei mai importanți cu acțiune favorizantă sunt maturizarea nervoasă, învățarea, experiența și conduita motrică, însă această evoluție a fost împărțită în trei etape reprezentate de inovație, integrare și echilibru. Inițial, copilul își testează capacitățile și ajunge la inovația unor gesturi și apoi a unor mișcări. O mișcare neașteptată aduce mâna în dreptul ochilor. Ulterior, gestul va fi repetat din dorința de a obține un efect asemănător. Inovația se realizează prin încercare și eroare, ceea ce permite selectarea unor acțiuni îndreptate către obținerea unui anumit scop. Treptat, mișcările se perfecționează, devenind precise și adaptate țelului propus. Este etapa de integrare, în cadrul căreia comanda nervoasă se perfecționează și apare legătura dintre câmpul senzorial și cel motor.

Eșantionarea preșcolarilor s-a realizat fără a ține cont de religie, etnie, culoare, inteligență, sex sau alte motive discriminatorii. Aspectele după care s-a realizat eșantionarea au fost educarea psihomotrică la vârsta preșcolară și depistarea eventualelor tulburări de psihomotricitate, ulterior fiind cazul de reeducare psihomotrică pentru a evita evoluția problemelor negative. Studiul a fost realizat pe o perioadă de 3 luni, întrucât mi-am dorit ca acești copii să efectueze jocurile din cadrul studiului pe perioada de primăvară-vară, când toți sunt entuziasmați de vremea frumoasă de afară și tot ceea ce ține de un mediu ambiant, plăcut pentru copii care m-au ajutat la realizarea acestui studiu. Pe perioada studiului, pentru a nu întrerupe activitatea educațională educatoare, dar și pentru copii, am efectuat câte o zi din fiecare săptămână diverse probe, jocuri și evaluări pentru a educa psihomotricitatea, dar și pentru a depista eventualele tulburări de psihomotricitate. Studiul l-am finalizat în săptămâna anterioară terminării anului preșcolar, când am evaluat copii prin probe pentru educarea psihomotrică și pentru depistarea dificultăților de psihomotricitate.

Planul terapeutic trebuie să pornească de la spațiul restrâns în care copilul trăiește și trebuie să aibe ca repere modelarea structurilor comportamentale integratoare, cu referire la coordonarea posturală, coordonarea senzorio-motrică, comportamentul verbal și sociofamiliar. Atât eu, cât și restul kinetoterapeuților, avem la dispoziție modalități de intervenție, cum ar fi: utilizarea unor forme obișnuite de mișcare, trecerea treptată de la demonstrarea unei anumite mișcări, la execuția ei de către copil pe baza instructajului verbal; dozarea și gradarea sistemului de cerințe raportat la nivelul de dificultate; consolidarea prin repetare a engramelor motorii.

Activitatea educativă cât și cea reeducativă trebuie să se bazeze pe un plan de activitate care să cuprindă principalele componente, prin intermediul cărora atât eu cât și restul colegilor mei kinetoterapeuți, acționăm pentru îndeplinirea obiectivelor propuse. În cazul activităților educative se urmărește ca subiectul să fie orientat spre însușirea elementelor de cunoaștere și de dobândire a capacităților motrice, prin intermediul cărora să poată intra în relație cu mediul și cu alți parteneri. În cazul activităților de reeducare, subiectul este în situația de a acționa pentru a redobândi, la nivelul particularităților sale de vârstă, elementele de cunoaștere ce au fost ratate sau a capacităților motrice care, din varii motive, au fost incorect dobândite, acestea fiind într-o stare precară de funcționalitate. Organizarea procesului de reeducare psihomotrică ne oferă posibilitatea de a apela la principiile școlii active, unde copilul este pus în situația de a se manifesta independent, de a-și corecta greșelile și de a găsi modalități de a fi și mai apreciat pentru reușitele sale.

### **3. Prezentarea, analiza și interpretarea studiului**

Am ales un număr de 4 subiecți, două fete și doi băieți, toți cu vârsta îndeplinită de 6 ani. Prin aspectele vizate în fișă am urmărit cunoașterea bagajului psihomotric pe care preșcolari l-au deținut fără ca ei să

știe, dar și educarea psihomotrică unde a fost cazul. Exercițiile au fost același doar că perioada de evaluare s-a desfășurat pe intervalul a două săptămâni de studiu, în trei zile diferite fără ca subiecții să știe ziua în care îi voi testa. Fiecare aspect vizat din fișă, recunoscut de preșcolari a avut un punctaj inițial de 10 puncte, de unde pentru fiecare greșeală s-a scăzut câte două puncte, ajungând ca punctajele finale să nu fie așa mult diversificate.

S-a constatat că ipoteza se confirmă, și anume, învățarea propriului corp cu ajutorul diverselor activități de educare psihomotrică la copii preșcolari (4-6 ani) și posibilitatea îmbogățirii bagajului psihomotric pe care subiecții îl pot dobândi reprezintă obiectivul copilăriei timpurii, al achiziționării și dezvoltării.

Stabilirea proiectului educativ-terapeutic a avut ca scop constatarea aspectelor importante asupra cărora a trebuit să intervin, mijloacele folosite, evaluarea limitelor psihomotrice ale copiilor, precum și modificările pe care am vrut să le obținem în urma depistării tulburărilor psihomotrice, ce au fost de cauză minoră.

## REZUMAT

Dacă toate domeniile științifice care reprezintă materii de studiu au o istorie proprie, *kinetoterapia* ca știință și artă a tratamentului fizic, trebuie deasemenea să posede una. Originile acestei științe sunt mult mai adânci iar, pentru a o înțelege în întreaga sa complexitate ar trebui să străbatem câteva mii de ani de istorie, începând cu medicii antici ca Hipocrate sau Galenus despre care se crede că sunt primii practicieni ai kinetoterapiei, prin promovarea masajului, terapiilor manuale și hidroterapia în tratarea pacienților încă din secolul al V-lea î.e.n.

Kinetoterapia este considerată o știință relativ nouă, chiar dacă ea a existat încă din cele mai vechi timpuri însă sub altă denumiri, la noi în țară a fost cunoscută sub denumirea de *Cultură Fizică Medicală*, în alte țări precum Spania sub denumirea de *Terapie fără medicamente* sau *Arta de a vindeca fără medicamente*, iar în Suedia sub denumirea de *Gimnastică Suedeză* sau *Gimnastica oamenilor bolnavi*. Astăzi, termenul cel mai des folosit pentru a descrie această știință în țara noastră este de *Kinetoterapie*, în țări precum Italia și Spania se folosește termenul de *Fisioterapie*, iar în Franța se folosește termenul de *Kinesiterapie*, însă toți acești termeni se traduc simplu prin terapie prin mișcare.

În mișcarea sa istorică, kinetoterapia a cunoscut restructurări profunde, îmbogățindu-se cu fiecare nouă etapă. Cunoașterea ei, de la origini până în zilele noastre, contribuie la formarea culturii de specialitate și în același timp, la progresul domeniului<sup>1</sup>.

Aceasta a devenit de – a lungul timpului o materie de studiu de sine stătătoare, prin aceea că în lungul progres al ei a reușit acumularea de obiective și principii necesare practicării ei pentru bolnavi.

Preocupările privind aplicarea mișcării în scop profilactic și terapeutic datează din cele mai vechi timpuri, fiind întâlnite la toate popoarele din antichitate.

Unele picturi murale, sculpturi sau basoreliefuri au fost puse în evidență prin importante descoperiri arheologice. Ele prezintă aspecte din viața omului primitiv în care sunt sugerate și formele de practicare ale exercițiilor fizice.

---

<sup>1</sup> Postolache, Nicolae, *Istoria Universală a Kinetoterapiei*, Ed. Fundației România de Mâine, București, 2007, pag. 12

Așezările străvechi care au aparținut unor civilizații apuse, precum cele descoperite în Munții Anzii Cordilieni (Peru), au păstrat elemente indubitabile despre practicarea exercițiilor fizice, îndeosebi sub forma de alergare care constituia apanajul triburilor de indieni.

În Egiptul antic, exercițiile fizice erau practicate chiar în perioada copilăriei, în timpul școlii și aparțineau atletismului, gimnasticii și sporturile de contact. Picturile murale preum frescele de la Beni – Hassan înfățișează toate tipurile de exerciții fizice prezentând și toate fazele unei lupte. Bazoreliefurile descoperite la Ptahhotep de la sfârșitul secolului al XIX – lea vin să confirme existența unor adevărate școli de forță musculară și frumusețe plastică, încă din primul imperiu din cel de-al III – lea mileniu î.e.n. (vezi Galeria foto – Figura 1).

Gimnastica analitică ocupa un loc de cinste și s-a bucurat de un prestigiu pe care nu l-a avut la nici un alt popor antic, nici chiar la greci. Ea cuprindea exerciții de ridicare a brațelor și picioarelor, torsiuni, tensiuni din diferite poziții, extensii ale picioarelor în poziții dificile, ca de exemplu: pornind din poziția “croitor” sau “șezând” cu picioarele încrucișate, îndoiri ale trunchiului în poziția “pod” etc<sup>2</sup>.

Nu putem să nu amintim în această perioadă de kinetoterapia indiană care se găsea într-o legătură genetică cu religia și filozofia populației și care exprimă și încurajează detașarea, cât și jertfirea a tot ce ține de latura fizică a omului. În cele 100.000 de versuri din lucrarea indiană antică “Vedele” (*veda* înseamnă „înțelepciune” sau „cunoaștere”), în care se spune că „se află totul”, ca într-o enciclopedie a civilizației indiene vechi, sunt cuprinse, pe larg, despre exercițiile terapeutice recomandate în reumatismul cronic și în alte boli, precum și toate normele și sfaturile vremii referitoare la masaj. În India antică, istoria copilăriei lui Guatama (Buddha) prezintă formele generale ale educației tinerilor din clasa nobiliară: lupte, sărituri, alergări și înot.

O perioadă istorică în care a avut loc explozia preocupării pentru kinetoterapie este cea a Antichității, unde China este una din țările în care au pus bazele kinetoterapiei universale, începuturile acesteia datând de acum aproximativ 5000 de ani, dar primul capitol care a avut cu adevărat însemnătate este cel al lui Kung Fu (mileniul III î.e.n.). Sistemul Kung Fu se adresa calmării durerilor și a altor simptome cauzate de entorse, deviații de coloană. Acest medic este cel care a creat noțiunea de *educație fizică medicală*, care ulterior se va numi *cultura fizică medicală*. În China antică se practicau înotul, aruncarea cu piatra și scrima. În timpul primei dinastii (aproximativ 2700 î.e.n.) în timpul împăratului Hoang-Ti (care a domnit între anii 2697 – 2597), care este considerat ca fiind fondatorul civilizației chineze, medicul

---

<sup>2</sup> Kirițescu, Constantin, *Palestrica*, Ed. Uniunii de Cultură Fizică și Sport, București, 1964, pag. 62

Kong-Fu a creat un sistem de educație medicală pe care împăratul l-a introdus în ritualul religios. Acest sistem avea la bază constatarea că bolile își găsesc originea în anumite “congestii” și “paralizii” ale organelor și care pot fi combătute prin practicarea de exerciții fizice însoțite de gimnastică respiratorie.

În Grecia antică, Hipocrate (aprox. 460-377 î.e.n.), marele medic al antichității grecești a efectuat un studiu privind influențele fiziologice ale gimnasticii și masajului asupra corpului uman, definind sănătatea ca un “echilibru între exercițiile corporale și alimentație”. Însă în tinerețea sa Hipocrat fusese învățat din tainele medicinei și fitoterapiei de către un medic trac pe nume Herodicus din Selimbria, cel care a elaborat normele gimnasticii igienice și terapeutice, în care include și masajul asociat cu regimul alimentar dietetic. El a propus ca exercițiile fizice să fie conduse de profesori educați științific, denumiți gimnaști. Totuși poemele homerice (Iliada și Odissea) reprezintă izvorul esențial al practicării exercițiilor fizice, în acestea fiind prezentate cu lux de amănunte întreceri de alergare, box, luptă cu sabia, aruncarea suliței și discului, precum și exerciții corporale. Deci grecii au creat cuvântul gimnastică pentru a desemna cu un nume de sine stătător, totalitatea exercițiilor fizice, practicate cu scopul întreținerii sănătății și înfrumusețării vieții spirituale.

Deci putem spune că omul (homo sapiens) s-a ocupat încă de la începuturile sale de întreținerea corpului său și a sănătății sale atât fizice, cât și spirituale, edificator în acest sens fiind poetul satiric Juvenal prin elaborarea celebrului hexamtru “*Optandum est ut sit mens sana in corpora sano*” (este de dorit ca o minte sănătoasă să fie într-un corp sănătos).

Medicina tradițională japoneză și – a adus și ea aportul nașterii kinetoterapiei prin dezvoltarea unei serii de terapii originale, grefate pe specificul național cum ar fi: Sokushindo – știința piciorului, o reflexogie completă sau Do-In – o disciplină care combină exercițiul fizic cu masajul, respirația, meditația, nutriția, Kampo Schiatsu – presopunctură cu degetele, Moxa – presopunctură cu ierburi aprinse, Amo – diverse forme de masaje și diete.

Nu putem să nu amintim în această perioadă de kinetoterapia indiană care se găsea într-o legătură genetică cu religia și filozofia populației și care exprimă și încurajează detașarea, cât și jertfirea a tot ce ține de latura fizică a omului. În cele 100.000 de versuri din lucrarea indiană antică “Vedele” (*veda* înseamnă „înțelepciune” sau „cunoaștere”), în care se spune că „se află totul”, ca într-o enciclopedie a civilizației indiene vechi, sunt cuprinse, pe larg, despre exercițiile terapeutice recomandate în reumatismul cronic și în alte boli, precum și toate normele și sfaturile vremii referitoare la masaj.

Grecii sunt cei care au inventat metoda științifică de terapie având ca bază de plecare scrierile chaldeenilor, egiptenilor, chinezilor, indienilor, astfel creându-se originile



kinetoterapiei. Cu ajutorul poporului elen, cuceririle și progresele înregistrate în orientul antic, au pătruns pe teritoriul Europei. Din scrierile lui Hipocrate, Platon, Aristotel, rezultă că Greciei antice îi revine meritul de a fi leagănul exercițiului fizic, al gimnasticii profilactice și terapeutice. În plus, nuditatea era asociată cu educația și cultivarea organismului în public, fapt datorat climatului cald al Eladei. Tot datorită climei au apărut și alte terapii care implică nuditatea, cum ar fi: băile, masajul, ungerea corpului cu uleiuri, presărarea lui cu nisip.

Hipocrate a fost primul care a efectuat studii detaliate asupra diferitelor exerciții naturale și artificial create, mai mult sau mai puțin violente, evidențiindu-le efectele fiziologice. Acesta considera că masajul poate întări o articulație înțepenită. El tonifică țesuturile, dacă este executat cu putere și le înmoaie atunci când este executat cu moderație. Hipocrate este primul medic al antichității care a sesizat, studiat și argumentat științific relațiile existente între mișcare – mușchi, imobilizare – atrofie musculară, precum și valoarea exercițiului fizic pentru refacerea forței musculare și chiar pentru refacerea și recuperarea capacităților mintale.

Numeroși medici, gimnaști și terapeuți greci, atrași de glorie sau de bogății, se stabileau la Roma, aducând cu ei obișnuința de a practica gimnastica și masajul. Dacă gimnastica nu a putut concura cu exercițiile războinice ale romanilor, în schimb masajul, executat de sclavi sau de cei aflați în captivitate, a devenit în scurt timp o practică nelipsită din regimul de viață al romanilor bogați. Se practica un masaj igienic de dimineață, pentru înviorare și un altul seara pentru refacere, relaxare și odihnă.

Între cărturarii romani care s-au apropiat în această perioadă de sfera de cuprindere a kinetoterapiei se numără și medicul Cornelius Aulus Celsius. El nu a introdus categorii sau metodologii noi, însă a scris despre rolul deosebit de important pe care îl au mersul pe jos și exercițiul fizic în ansamblu în refacerea bolnavilor cu hemiplegie sau cu alte paralizii. El indica masajul în tratamentul afecțiunilor reumatice și al sechelelor după rănirile din război. Celsius a promovat valorile kinetoterapiei la o manieră ce îl situează deasupra lui Hipocrate, care îl influențase.

În Evul Mediu, perioada tranziției, de aproape un mileniu dintre Antichitate și Epoca Modernă. În această perioadă istorică reușitele în domeniul kinetoterapiei sunt modeste, mai multe realizări fiind realizate în avantajul educației fizice prin dezvoltarea de întreceri sau jocuri.

Evul Mediu ne înfățișează un aspect cu totul deosebit de cel al lumii antice în ceea ce privește educația fizică. Respinsă categoric ca instituție de orânduie clerice, în special în Europa, neîngăduindu-i-se dreptul de participare la educația școlară, ea se va dezvolta totuși

în anumite direcții sub influența fenomenelor social-politice ale timpului, împrumutând forme de manifestare din diferite aspecte ale vieții<sup>3</sup>.

Aceste forme sunt diferite în funcție de clasa socială implicată, astfel ocupațiile principale ale seniorilor feudali erau războiul și vânătoarea. Pentru a participa la ele, nobilul trebuia să se călească în lupte, să fie puternic și rezistent, să călărească, să mânuiască armele, totul ca un triumf al vieții fizice și al deprinderilor musculare. Pauzele dintre perioadele ample de timp acordate vânătorilor și războaie au fost ocupate cu jocuri ce imită războiul, astfel lupta armelor devenind exercițiu fizic.

Popoarele germane, franceze și anglo-saxon au primit de-a gata cultura fizică medicală romană, mai puțin pe cea grecească, mai complex, pe care nici romanii nu și-au însușit-o. Desființarea Jocurilor Olimpice Antice și apoi incendierea Olympiei au fost fapte simbolice care au pecetluit triumful eticii creștine asupra concepțiilor antice. Locul concepțiilor Greco-romane privitoare la aspectul fizic al omului a fost înlocuit cu concepțiile creștine care au creat un ideal cu totul diferit. Doctrina creștină se sprijină pe dualitatea corpului și spiritului și anume, corpul este pieritor, spiritual este nemuritor. Corpul este dușmanul sufletului, reședința și cauza păcatului. Cu cât corpul este mai slăbit, mai neîngrijit cu atât șansele sufletului de a accede la viața veșnică sunt mai mari. Ca o consecință naturală a creșterii influenței acestor concepții a fost interzicerea exercițiilor fizice prin care se cultivă latura fizică a persoanei. În acest mod, creștinismul a dus la decăderea exercițiilor fizice.

Prin creștinism, care din secolul al VIII – lea devine religia Occidentului, noua “civilizație feudală” europeană își va îndrepta privirile spre Roma – Vestul, spre Constantinopol – Estul, în vreme ce nordul continentului va deveni protestant.

Aproape întreagă kinetoterapie medievală europeană se regăsește sintetizată în opera lui Caelius Aurelianus care analizează și descrie beneficiile hidro-kinetoterapiei și valoarea scripetoterapiei. Lui i se datorează introducerea conceptului de *analepsie* care în zilele noastre s-ar traduce prin acțiunea de restabilire, de recuperare medicală, sintagmă introdusă încă de Hipocrate.

În China medievală, kinetoterapia este în continuare considerată o știință care studiază alături de medicină, diferitele manifestări ale energiei umane în scopul dezvoltării unor tehnici și practici destinate susținerii și restabilirii echilibrului respectiv energiei umane în scopul dezvoltării unor tehnici și practici destinate susținerii și restabilirii echilibrului respectiv energiei, atunci când aceasta este afectată de factori perturbatori interni sau externi.

---

<sup>3</sup> Kirițescu, Constantin, *Palestrica*, Ed. Uniunii de Cultură Fizică și Sport, București, 1964, pag. 148

În China, în aceeași perioadă, masajul a dobândit în cadrul medicinei o importanță egală cu cea a altor tehnici terapeutice, ca acupunctura, abia în timpul dinastiei Tang (618 - 907), când se consideră a avea loc “Renașterea chineză”. Maseurii se bucurau în acea perioadă, de aceeași prețuire ca medicii și aveau o secție distinctă.

În Evul Mediu centrul cultural al umanității se mută în Orient. Arabii au făcut descoperiri importante în medicină și au contribuit la răspândirea lor în Europa. Peste tot au respectat civilizația și realizările țărilor învinse, inclusiv în domeniul hidroterapiei și kinetoterapiei. Renumitul arab din Buhara, Ibn – Sina – Abu – Ali, 980 – 1037 e.n., după numele lui latinizat Avicena, a jucat un rol extrem de important în dezvoltarea medicinei. Între cele 300 de lucrări ale sale se găsește *Canonul Medicinei* și *Cartea Tămăduirii*.

Scriitori, filozofi și pedagogi ai secolelor XVI – XVIII au reușit să readucă educația fizică în preocupările societății și a oamenilor de cultură, precum și în programa instituțiilor de învățământ, ea făcând parte din educația generală.

În secolele XVII – XVIII, în scrierile medicale și kinetoterapeutice, apar noi descoperiri sau mai bine zis perfecționări ale exercițiilor fizice, precum și executarea și aplicarea acestora. Astfel Joseph Duchesne, medicul lui Henric al IV – lea, scria: ” Exercițiul este un lucru salutar, care garantează omului evitarea multor infirmități sau boli; el dă corpului agilitate, întărește nervii și articulațiile”. O altă părere avizată a perioadei este cea a medicului și fiziologului Italian Sanctorius Sanctorius, care prin cinci din cele șapte scrieri ale sale, evidențiază valorile kinetoterapeutice ale practicării exercițiilor fizice, insistând că nu poți avea respirație bună fără a utiliza ca metodă de deplasare mersul pe jos. Studiile matematicianului Alfonso Barelli (1608 – 1679) în materie de biomecanică au dus la o cunoscută aprofundare a mecanismului de funcționare a articulațiilor și mușchilor (la om și la vertebrate) – studii care s-au concretizat în anul 1679 sub titlul *De motum animalium*. Această lucrare stă la baza anatomiei funcționale a aparatului locomotor și a ortopediei moderne.

În a doua jumătate a secolului al XVIII – lea, dată ce coincide cu izbucnirea revoluției industriale din Anglia, extinsă apoi în restul Europei, avea să aducă cu sine scrierile despre fizioterapie ale medicilor Christian Jonh (1757), J.G. Zimmerman (1786) și ale filozofului și enciclopedistului francez Denis Diderot (1713 – 1784).

La sfârșitul secolului al XVIII – lea se va pune accent pe caracterul concret al activităților în domeniul educației fizice, iar rezultatele activităților unor anume personalități în domeniu din Franța, Germania, Suedia și Anglia se concretizează sun forma unor sisteme concrete, cu programe și elaborări, de educație fizică.

Creatorii de sisteme de la sfârșitul secolului al XVIII – lea și de la începutul veacului următor au reușit să fundamenteze sisteme de educație fizică complete, bazate pe concepții pedagogice generale, dar în același timp adaptate caracteristicilor sociale, politice din țările lor și care aveau scopuri clar definite. Aceste sisteme au fost preluate și de alte state europene, influențând dezvoltarea activității de educație fizică pe plan european și chiar mondial.

Secolul al XX – lea acumulează treptat sisteme de kinetoterapie pentru diferite segmente ale corpului sau boli, sisteme analizate, justificate teoretic și expuse practic în cele mai mici amănunte, menționând câțiva din specialiștii vremii:

- Leo Bürger, în deceniile II – III, descrie gimnastica ce – i poartă numele, recomandată celor cu boli vasculare periferice;

- Ernest Codman din Boston (S.U.A.), în anul 1934, alcătuiește un întreg set de exerciții pentru refacerea articulației umărului, din care și astăzi se utilizează o parte pentru periartrita scapulohumerală în faza acută;

- Kinetoterapia din unele boli interne (digestive, respiratorii) este axată pe conceptul și exercițiile lui Kohlrausch;

- Prof. J.B. Mennell introduce în Anglia, tehnicile de manipulare articulară în kinetoterapia modernă, separându – le de tehnica osteopatică și chiropraxie, din care au derivat. Mai târziu, R. Maigne dezvoltă aceste tehnici într-un concept unitar;

Morbiditatea prin dureri lombare, mereu în creștere, care a determinat apariția unor metode kinetoterapeutice specific culturii occidentale, cum sunt cele ale lui Paul Williams, de pildă rămân necunoscute culturii arabe, la baza căreia se află Coranul, iar perceperea statutului trupului diferă foarte de mult de percepția în cadrul popoarelor germane sau engleze, de exemplu.

Progresele medicinei, după cel de – al doilea război mondial datorate noilor metode de investigare și mijloacelor terapeutice din țările puternic industrializate, au permis recuperarea unei bune părți din populația rănită în război și reducerea considerabilă a deceselor cauzate de bolile microbiene. Treptat, kinetoterapia a fost repusă în drepturile ei în societățile occidentale prima dată, progresele și prosperitatea ei, sesizabile încă din anii reconstrucției la nivel planetar, datorându-se, în cea mai mare parte, modelului american.

În primul rând, gimnastica medicală a devenit cunoscută în mai multe țări, ca o specialitate a medicinei care are ca obiectiv profilaxia, tratamentul curativ și recuperarea deficiențelor fizice prin practicarea exercițiilor de gimnastică medicală, practitate după reguli precise.

*Kinetoprofilaxia* a luat și ea o mare amploare, ca urmare a aprofundării studiilor de kinesiologie (știința care studiază mișcarea ca fenomen) sau kinetologie (știința care se ocupă cu studiul organismelor vii și al structurilor care iau parte la aceste mișcări și aplicarea acestora în medicină). Parte integrantă a sănătății publice prin care înțelegem știința ocrotirii sănătății populației, respectiv a acțiunilor de prevenire a îmbolnăvirilor, de readaptare a celor însănătoșiți la cotidianul societății, de creștere a capacității de muncă și a longevității, kinetoprofilaxia se ocupă cu studiul mișcării ca mijloc profilactic.

În aceste timpuri, de după război, un progres remarcabil au înregistrat tehnicile care necesită efort voluntar și cooperare din partea pacientului pentru promovarea stabilității, a mobilității și mobilității voluntare, a abilității. În cel al VI – lea deceniu al secolului trecut au câștigat terene tehnicile de promovare a stabilității prin contracții izometrice la nivelul de scurtare al mușchilor și prin contracții izometrice alternative pe agoniști și antagoniști. Aceste tehnici au fost create de Th. Hettinger și E.A. Müller, care au revoluționat atât programele kinetice, cât și metodologia antrenamentului sportiv. Tehnicile kinetoterapeutice de educare neuromotorie care au reprezentat cel mai însemnat progress în kinetoterapia secolului al XX – lea au fost elaborate de: Bobath, Kabat, Knot, Rood, Vos, Stockmezer, Brunnström, Andras Petó ș.a.

Kinetoterapia aplică în zilele noastre două tipuri de mijloace pentru atingerea scopului propus și anume, mijloace specifice reprezentate de mișcarea elementelor fiziologice, aceasta putând fi pasivă (executată de terapeut), activă (executată de pacient) sau activo-pasivă (executată de pacient cu ajutorul membrului sănătos) și mijloace nespecifice reprezentate de agenți fizici naturali – cum ar fi hidroterapia, balneoterapia, crenoterapia, peloidoterapia, termoterapia, crioterapia și artificiali precum – electroterapia, magnetoterapia, vibroterapia sau benzile kinesiologice, acestea din urmă fiind create de doctorul Kenzo Kase și au apărut pentru prima oară în China și Japonia în anii 70 ai secolului trecut, folosirea acestor având ca scop refacerea țesuturilor traumatizate ale sportivilor. Începând cu anii 2000 acestea au fost folosite și la nivel European.

Prin studiul efectuat în prezenta lucrare, am propus ipoteza, conform căreia *randamentul tratamentului aplicat pacienților înainte de anul 2008 era mai mic decât cel obținut astăzi.*

Ca o idee principală obținută este aceea că, motivul principal pentru care pacienții se prezintă la cabinet este reprezentat de **durere**.

Din cele expuse anterior, putem concluziona că **ipoteza formulată** (randamentul tratamentului aplicat pacienților înainte de anul 2008 în țara noastră era mai mic decât cel

obținut astăzi) **este confirmată**. Acest fapt se datorează unui cumul de factori care nu pot fi separați între ei. Dintre aceștia amintim:

- creșterea nivelului de informare al pacienților cu privire la disfuncția de care suferă (aport dat de mass-media și de informațiile din mediul on-line), astfel și lucru cu pacientul mai informat ducând la o mai bună colaborare cu acesta;
- îmbunătățirea metodelor de pregătire și perfecționare a terapeuților;
- îmbunătățirea aparaturii și diversificarea tehnicii existente la nivelul cabinetului;
- continuarea de către bolnavi la domiciliu a exercițiilor cuprinse în programele de recuperare, la indicațiile specialistului;
- creșterea interesului pentru kinetoprofilaxie al pacienților.

Metoda de lucru la care am apelat pentru confirmarea ipotezei a cuprins studiul bibliografic și metoda observației, prin care am încercat a urmări evoluția și dezvoltarea kinetoterapiei de la orginile ei reprezentate de cultura educației fizice și până astăzi, când această disciplină și-a recăpătat cu adevărat enititatea beneficiind de literatură de specialitate, de norme, obiective și principia care să îi ofere un loc al ei în domeniul studiului.

Cam acesta este traseul pe care poate fi urmărită evoluția bazelor kinetoterapiei din Antichitate până în zilele noastre. Acest drum al kinetoterapiei, început de “străbunica” acesteia, cultura fizică medicală, este destul de lung începuturile acestuia regăsindu-se încă din cele mai vechi timpuri, fiecare perioadă de timp aducându-și aportul mai mult sau mai puțin la îmbogățirea acestei discipline care și-a câștigat locul ei în disciplinele de studiu. Poate un lucru care lasă un gust amar după studierea acestei istorii a kinetoterapiei este că, s-a cunoscut cu adevărat implicarea omului contemporan la dezvoltarea acesteia, după cele două războaie mondiale, ce ce confirmă zicala că “Nevoia te învață”.

În prezent la nivel mondial există un grup numerous de terapeuți profesioniști care continuă să descopere noi posibilități pentru îmbunătățirea și aplicarea diferitelor tehnici specifice domeniului, aceștia angajându-se în schimburi de cunoștințe și experiențe, astfel **istoria universală a kinetoterapiei** îmbogățindu-se cu fiecare perioadă de timp apusă.

Ca o concluzie generală, putem spune, cu regret că prin studiul efectuat s-a observat că domeniul kinetoterapiei a avut cel mai mult de câștigat și a avansat din toate punctele de vedere în perioada următoare marelor războaie, atunci când țările combatante încercau și depuneau eforturi susținute pentru recuperarea fizică și psihică a răniților de război, precum și reintegrarea acestora în societate.

Ca o ultimă concluzie a acestei lucrări, putem spune, că **“Exercițiul fizic este medaliatul olimpic al sănătății omului”**.

## Motivarea alegrii temei

În urma experienței acumulate în practicarea sportului de performanță, mai exact practicarea fotbalului, am văzut și am trăit destul de multe situații care pot întrerupe sau chiar încheia cariera unui sportiv. Am ales aceasta temă pentru lucrarea de licență deoarece mereu am fost un fan al tenisului de câmp, practicându-l însă doar ca o activitate în timpul liber. Aceasta moment, finalizarea studiilor cu lucrarea de licență, mi s-a părut o oportunitate să îmi dezvolt cunoștințele despre practicarea acestui sport.

Lucrarea pentru care voi efectua experimentul are la bază antrenamentul unor grupe de copii pe care i-am analizat timp de 3 luni. Am efectuat teste, mi-am notat rezultate și observații, am întocmit tabele cu măsurători antropometrice și somatometrice, concluzii privitoare la evaluarea copiilor. În urma rezultatelor voi constitui baza de date pentru partea practică a lucrării. Toate acestea îmbinate cu cele învățate în facultate și cu literatura bibliografică de specialitate mă vor ajuta să prezint o lucrare inedită, utilă domeniului studiat, pentru această perioadă.

De asemenea creșterea cantitativă a antrenamentelor, suportate de sportivi, determină pe cei care conduc activitatea sportivă să se gândească din ce în ce mai serios la asistență medicală și para-medicală. În plus și în mod special, acest aspect reclamă prezența indispensabilă a kinetoterapeutului în anturajul imediat al echipelor de club sau naționale.

Cele două părți ale lucrării, teoretică și experimentală, sunt corelate într-o strânsă relație de interdependență. În partea teoretică sunt prezentate particularitățile biomecanice specifice jocului de tenis, implicațiile unilateralității dar și conceptul de pregătire fizică de care trebuie să se țină seama pentru o dezvoltare atât cantitativă cât și calitativă. Analiza amănunțită a calităților motrice și a bazei fiziologice, a formelor de manifestare, a metodelor și mijloacelor de dezvoltare constituie primul capitol al lucrării. În partea a doua a lucrării am elaborat un plan de cercetare metodică, având la bază metoda observației, care a constat în analiza unor practicanți ai tenisului, atât în timpul antrenamentelor cât și în timpul jocurilor de tenis.

## Ipotezele, scopul și obiectivele lucrării

Generând o serie de exerciții specifice, unilaterale, tenisul este un sport controversat din cauza faptului că sportivii care îl practică se dezvoltă unilateral.

La vârste mici, implicațiile unilateralității sunt mult mai evidente decât la adolescenți.

Ca atare, în prezentul studiu pornim de la presupunerea că, prin elaborarea unui program de pregătire alcătuit dintr-un pachet de exerciții fizice unilaterale, atât pe partea dominantă a corpului cât și pe partea opusă, bilaterale și specifice și aplicarea lui de la vârste fragede, încă de când copiii încep să își dezvolte capacitățile motrice în concordanță cu practicarea tenisului de câmp, dezvoltarea și evoluția pe plan sportiv ar fi mai consistente din punct de vedere cantitativ și calitativ.

O alta ipoteza este aceea ca sportivii care au o predominanta laterala de partea stânga au capacități mai bine dezvoltate, acțiuni mai greu de anticipat si automat sunt mai avantajați în sporturile individuale.

Scopul principal al cercetării științifice este de a demonstra implicarea pe care o are unilateralitatea si dezvoltarea unilaterală asupra corpului, avantajele si dezavantajele cat și riscurile la care sunt predispuși sportivii.

Scopul secundar este acela de a exemplifica particularitățile biomecanice pe care le implică practicarea tenisului de câmp.

Obiectivele cercetării sunt:

1. Organizarea activității de cercetare și stabilirea metodelor de cercetare.
2. Culegerea, înregistrarea și prelucrarea automată pe calculator a datelor obținute, prezentarea lor tabelară și grafică.
3. Analiza, interpretarea si concluzionarea informațiilor.

## Locul de desfășurare al cercetării și subiecții

Studiul pentru partea practică a lucrării s-a desfășurat de-a lungul a 3 luni de zile. Locul în care am desfășurat activitatea este Clubul Sportiv CFR Iași. Acesta beneficiază de 4 terenuri de tenis cu suprafață de zgura, și toate condițiile necesare pentru buna desfășurare a activității sportive.

În cadrul Clubului sportiv, fiind spre îndrumare atât grupe mici, de juniori, nivel începător cât și grupe de avansați, am asistat la desfășurarea mai multor ore de antrenament ale diferitelor grupe de copii pentru a putea avea o gamă cât mai mare și cât mai consistentă de exerciții fizice specifice, lovituri de baza sau derivate și elemente de unilateralitate, pentru a le putea transpune mai apoi în această lucrare științifică.

Așadar, grupele la care am asistat pentru a le urmări evoluțiile, sunt o grupă de copii începători, cu vârste cuprinse între 7-10 ani, în număr de 6, respectiv 4 băieți si 2 fete si o altă grupa de copii avansați, cu vârste cuprinse între 12-16 ani, în număr de 7, respectiv 4 băieți și 3 fete.

Realizarea oricărei cercetări este imposibilă fără a cunoaște metodologia ei care este utilă la perfecționarea procesului instructiv-educativ.

Metoda este definită ca fiind o modalitate de obținere a anumitor rezultate în cunoașterea teoretică dar și practică. Termenul provine din limba greacă veche, în care “methodos”



înseamnă cale, drum și indică totalitatea demersurilor prin care omul reușește să cunoască un fenomen sau să producă deliberat modificări în realitatea materială obiectivă.

1. Studiul bibliografic
2. Metoda observației
3. Metoda statistico- matematică de prelucrare a datelor
4. Metoda de prelucrare grafică și interpretare a datelor obținute

## **Rezumat lucrare de licență**

**Incidența normelor morale în relația kinetoterapeut-pacient**

**COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:**

**Conf.Univ.Dr.**

**POPESCU VERONICA**

**Absolvent:**

**TROFIN-VLADUȚ-MĂDĂLIN**

**Iași**

**2018**

## Capitolul I

Etica este una din principalele ramuri ale filosofiei și poate fi numită știința realității morale, încearcă elucidarea problemelor morale printr-un demers cognitiv. Etica poate fi înțeleasă de asemenea ca o filosofie asupra moralei, a binelui și răului, a datoriei.

**ETICA** – disciplina care are ca obiect de studiu valorile și condiția umană din punct de vedere moral, a principiilor morale care sunt interpretate fie ca cerințe individuale fie ca ansamblu de obligații și datorii sociale. Etica se confruntă cu ce este bine și ce este rău, reprezentând un cod de reguli nescrise care guvernează individual în atitudinea față de ceilalți.

**Morala** reprezintă totalitatea convingerilor, atitudinilor, deprinderilor sentimentelor, normelor, regulilor determinate de istoric și social, care reglementează comportamentul și raporturile indivizilor între ei precum și dintre aceștia și colectivitate, familie, grup, clasă națiune, societate. Morala se raportează în stabilirea unui comportament dezirabil la o serie de categorii precum bine, rău, datorie, dreptate, nedreptate, precum și la o serie de principii standarde, reguli și norme a căror respectare se întemeiază pe conștiința indivizilor și opinia publică.

**Moralitatea** este definită de Carmen Cozma drept morala în acțiune; morala în curs de realizare, în plan conștient ce se exteriorizează în act. Moralitatea poate fi a individului, a grupului dar și a unui popor – înseamnă atitudinea de conștiință și practică față de morala socială și cea personală.

**Normele și valorile morale** (punctualitatea, ordinea, disciplina în muncă, politețea, sinceritatea etc.) reprezintă cerințe externe, ele îi sunt pretinse omului de către o voință exterioară lui. Prin educația morală, aceste norme exterioare trebuie transformate în valori interioare, adică în cerințe pe care copilul (individul) le prețuiește, iar în final și le autodictă. În acest drum lung și anevoios, primul obiectiv care trebuie realizat este conștiința morală, iar procesul specific care i se consacră are denumirea de instruire morală.

**Valorile morale** cuprind întreaga existență umană, fiind repere de bază ale vieții noastre sufletești și spiritual. Unele sunt fundamentate, altele sunt secundare sau derivate, unele țin de scopuri, altele privesc persoanele; anumite valori au caracter facultative, altele au un caracter obligatoriu.

**Deontologia** este un domeniu, o parte a eticii, care se ocupă cu studiul normelor și obligațiilor specifice unei activități profesionale, fiind constituită dintr-un ansamblu al normelor de conduită și de obligații pe care trebuie să le respecte un profesor, medic, lider etc. Mai concis, prin deontologie se impune cetățenilor îndatoriri profesionale, reguli stricte de urmat.

**Codurile etice** constituie un „ghid etic” pentru modul în care oamenii dintr-o instituție trebuie să acționeze și să ia decizii.

Pincipii generale în kinetoterapie:

- „*In primul rând să nu faci rău*”
- *Precocitatea tratamentului*
- *Gradarea efortului*
- *Continuarea acțiunilor până la deplina recuperare a capacităților funcționale*

- *Individualizarea tratamentului*
- *Normalizarea vieții.*

**Dileme etice** sunt situații în care motive morale intră în conflict. Asemenea dileme sunt comune în cadrul profesiei de kinezoterapeut pentru că valorile morale sunt multe și variate depinzând de viața fiecărui om în parte.

Rolul educației în formarea conduitei etice - Într-o societate contemporană schimbările sunt cerute de necesitatea atingerii anumitor standarde calitative în scopul progresului economic, științific, social, politic etc. al omenirii. În acest context, educația are un rol primordial în pregătirea membrilor societății din punct de vedere intelectual, moral, estetic, fizic, religios etc.. Prin educație se urmărește perfecționarea indivizilor și pregătirea acestora pentru a putea face față cerințelor societății.

#### **Forme ale educației:**

- Formală;
- Nonformală;
- Informală.

#### *Componentele educației:*

- **Educația intelectuală;**
- **Educația morală;**
- **Educația estetică;**
- **Educația tehnologică;**
- **Educația fizică;**

O caracteristică definitorie a omului și umanității o constituie moralitatea. Moralizarea ființei este una dintre sarcinile educației.

Conform lui Grigoraș, I., și Stan, L., **educația morală** este înțeleasă ca o trecere de la morală la moralitate, ca interiorizare a normelor, regulilor, valorilor morale. Ea implică nu doar o dimensiune cognitivă, ci și o dimensiune afectivă și una practică.

#### **Conceptualizarea kinezoterapiei**

Kinezoterapia este procesul educativ – terapeutic – recuperator prin care se urmărește îmbunătățirea (optimizarea) stării de sănătate fizică și psihică în vederea integrării sau reintegrării sociale și profesionale a persoanelor în situații speciale (care nu au avut sau și-au pierdut capacitățile psihomotrice în urma unor îmbolnăviri sau traumatisme).

#### **Profilul kinezoterapeutului**

**„Un kinezoterapeut are creierul unui om de știință, inima unui umanist și mâinile unui artist. ”**

Kinetoterapeutul trebuie să fie o persoană complexă, din toate punctele de vedere, deasemenea el trebuie să tindă și către statutul de pedagog în relația cu pacienții, dar și în conduita sa. Kinetoterapeutul se ghidează după niște reguli și este un deontolog.

Profilul etic al kinetoterapeutului ar trebui să fie construit în jurul unor valori prin care să ajute la o relaționare cât mai bună cu colegii cât și cu pacienții, valori cum ar fi: onestitatea, responsabilitatea, respectul, transparența, solidaritatea, integritatea, empatia etc..

### **Relația kinetoterapeut-pacient**

Relația dintre [kinetoterapeut](#) și pacient se bazează pe niște reguli care trebuie respectate cu strictețe, evitând astfel apariția unor reproșuri sau exprimarea unor neplăceri din partea pacientului.

Contactul kinetoterapeutului cu pacientul nu este doar un act terapeutic sau unul de morală, ci ambele îmbinate în același timp. În cazul intervenției terapeutice, între pacient, kinetoterapeut și boală se realizează o serie de legături ce determină relația: dorința de a fi îngrijit, de a obține o îmbunătățire a situației și chiar vindecarea, cât mai rapid, conduc la o atitudine de supunere, credulitate, atașament excesiv și dependență de kinetoterapeut.

## **Capitolul II**

### **Motivația alegerii temei**

Prin tema abordată ne propunem să conturăm unele cadre morale care să poată fi aplicate în relaționarea cu pacienții. Astfel, pe baza însușirii cunoștințelor morale, specialiștii din domeniu se formează ca profesioniști cu o gândire obiectivă și au capacitatea de a interacționa mai eficient cu persoanele cu care intră în contact.

Trebuie să ținem cont că fiecare persoană este diferită în modul de comportare și de acțiune, iar existența unor norme morale în cabinetul de kinetoterapie este foarte importantă, deoarece delimitează relația kinetoterapeut –pacient și oferă îndrumare în cazul dilemelor etice.

### **Scop**

Scopul este acela de a evidenția modul în care normele morale influențează relația kinetoterapeut-pacient.

### **Ipoteza**

Presupunem că o bună relație dintre kinetoterapeut - pacient, și rezolvarea dilemelor etice care pot apărea, este influențată de conduita etică a kinetoterapeutului.

### **Obiectivele**

Obiectivul fundamental al acestei lucrări constituie evidențierea importanței normelor morale în relația kinetoterapeut-pacient, respectiv, elaborarea unor metode de rezolvare a dilemelor etice din acest domeniu. Astfel, direcțiile de analiză și cercetare au fost următoarele:

- selectarea informațiilor;
- selectarea subiecților;
- întocmirea chestionarului și aplicarea lui;
- colectarea răspunsurilor;

- interpretarea rezultatelor;
- formularea unor concluzii.

### **Metode de cercetare**

- metoda bibliografică;
- metoda istorică;
- metoda analizei și sintezei;
- metoda anchetei.

### **Subiecții cercetării**

Studiul a fost efectuat în perioada 10-20 Iunie, s-a adresat unui lot de 36 de persoane, criteriul de selecție fiind reprezentat de beneficierea serviciilor de kinetoterapie în scop recuperator sau profilactic, și a urmărit modul în care respectarea sau nerespectarea normelor morale de către kinetoterapeut influențează relația kinetoterapeut-pacient.

## **Capitolul 3**

### **Analiza și interpretarea datelor**

### **Concluzii**

Putem concluziona că calitățile morale individuale cât și normele profesiei sunt aspecte importante ce au efect asupra actului medical prin îmbunătățirea stării psihice a pacientului cât și relaționării. Nu în ultimul rând trebuie să amintim că este imperios ca kinetoterapeutul să fie bine pregătit în cunoașterea noțiunilor teoretico-practice ale domeniului, dar și cunoaștere a propriei ființe.

Considerăm că acest domeniu al conceptelor etice și deciziilor morale în reabilitare trebuie studiat în continuare pentru soluționarea mai facilă a aspectelor etice și de judecată morală survenite în practica terapeuților dar și în procesul de reabilitare al pacienților. De asemenea, evoluția tehnologiei și schimbările pe plan social și politic care au loc într-un ritm alarmant, fac ca studiul normelor și adaptarea lor în cadrul kinetoterapiei să fie o necesitate.

## Rezumat lucrare de licență

În vederea susținerii licenței am elaborat lucrarea cu titlul “Elemente de kinetoterapie în tratarea obezității.”

Mi-am dorit să abordez această temă deoarece consider că existența mișcării este un factor esențial în procesul de creștere și dezvoltare al tinerilor, ca și mod de viață opus factorului multicausal, sedentarismul și, ca metodă de tratare a obezității infantile.

Obezitatea este privită cu mult interes de către domeniul medical și kinetoterapeutic, întrucât este într-o alertantă creștere la nivel global. Netratată la timp, obezitatea va dezechilibra copilul și implicit, viitorul adult, al cărui caracter și temperament va fi influențat și dezvoltat pe fondul acestei deficiențe.

Lucrarea este structurată pe 3 capitole, la finalul cărora am adăugat concluziile, direcțiile viitoare de cercetare, limitele cercetării, bibliografia și anexele.

Primul capitol este intitulat **Argumentarea teoretică a lucrării** și prezintă definiții și date din teoria obezității.

**Metodologia lucrării** reprezintă cel de al doilea capitol, în care am prezentat motivația ce a stat la baza alegerii temei, ipoteza și scopul studiului, obiectivele pe care mi le-am propus, precum metodele de cercetare și testele aplicate subiecților incluși în studiu.

În ultimul capitol intitulat **Aplicații, rezultatele cercetării și interpretarea lor**, am prezentat partea practică a cercetării și rezultatele obținute în urma studiului.

Alegerea temei de licență „Elemente de kinetoterapie în tratarea obezității” s-a născut dintr-o conștientizare personală. Implementarea unei schimbări pornește întotdeauna de la propria persoană. În ciclul primar am fost un copil supraponderal, care a reușit să ajungă la valori de copil normoponderal cu ajutorul kinetoterapiei. Am crescut văzând și experimentând pe propriul corp efectele benefice pe care le are mișcarea asupra organismului uman. Am dorit să mă educ în domeniul culturii fizice medicale, cunoscând beneficiile exercițiului fizic din punct de vedere fiziologic și trecând aceste cunoștințe prin mintea de adult, de această dată.

Am presupus că prin utilizarea mijloacelor specifice kinetoterapiei, voi obține o ameliorare a greutateii subiecților incluși în studiu.

Scopul lucrării a fost atât verificarea ipotezei, cât și monitorizarea unor indici morfologici. Prin această lucrare mi-am propus să arăt arăt importanța și utilitatea kinetoterapiei în tratarea obezității la copii în perioada prepubertară. Acest scop m-a obligat la o cunoaștere amănunțită a modificărilor organismului uman, în special a organismului tânăr, când se află în perioada de creștere și dezvoltare.

Studiul s-a desfășurat la școala generală „George Călinescu” nr. 39 Iași. Am inclus 4 subiecți obezi aflați în perioada de creștere și dezvoltare, după cum urmează: 2 subiecți cu vârsta de 9 ani, implicit 2 subiecți cu vârsta de 10 ani, programele de kinetoterapie fiind aplicate în cadrul orei de educație fizică a celor două clase de ciclu primar. În încercarea de a stimula cât mai mult motivația și dorința de mișcare a copiilor, am creat planul de exerciții cu lucrul pe perechi fiind cât mai predominant, utilizând activități cu caracter ludic, specifice categoriei de vârstă a subiecților. Ca și trăsături ale programelor de exerciții amintesc: accesibilitatea exercițiilor, caracterul competitiv al activităților, și activități independente. În exercițiile aplicate în acest dezechilibru funcțional, am angajat grupe mari de mușchi, insistând asupra abdomenului, bazinului, coapselor. Orele de educație fizică au fost dominate de dinamism.

Consider că am atins scopul propus initial, întrucât în urma studiului am constatat: scăderea în greutate, simultană cu creșterea fiziologică în înălțime a copiilor (fapt ce a dus la câștigarea unei proporționalități între indicii morfologici), îmbunătățirea funcției respiratorii, învățarea și automatizarea deprinderilor motrice de bază a subiecților, îmbunătățirea tonusului psihic prin educarea atenției și a memoriei motrice, precum și îmbunătățirea respirației voluntare și mărirea actului respirator.

Este cunoscut faptul că perioada cea mai receptivă pentru recuperarea funcțională este perioada de creștere, perioadă pe care s-a axat și studiul de față. În vederea obținerii unor rezultate eficiente, este necesar ca aplicarea kinetoterapiei, în rândul copiilor obezi, și nu numai, să se facă organizat și continuu de la vârsta școlară, până la terminarea studiilor.

Prin crearea unui program de exerciții (adaptat posibilităților vârstei și nivelului de dezvoltare al subiecților) și aplicarea acestuia în cadrul lecției de educație fizică, cu caracter predominant ludic și atractiv pentru copii, s-a reușit ameliorarea greutății subiecților obezi, deci, afirmarea ipotezei. Pot concluziona astfel, spunând că acest studiu și-a atins scopul și obiectivele, prin reușita rezultatelor obținute în urma utilizării mijloacelor kinetoterapiei.



# RECUPERAREA FUNCȚIONALĂ DUPĂ FRACTURI LA NIVELUL COTULUI

**Zaharia Iulia Mădălina**

**Coordonator: Lect. Univ. Dr. NECULĂEȘ Marius**

Universitatea „Alexanrtu Ioan Cuza”, din Iași, Facultatea de Educație Fizică și Sport,  
Specializarea Kinetoterapie și Motricitate specială

Tel: 0757253098, Email: [iuliamadalina\\_z@yahoo.com](mailto:iuliamadalina_z@yahoo.com)

## **Rezumat**

Conform definiției lui Kapandji: ” cotul este articulația membrului superior care permite antebrațului, orientarea în cele trei planuri de către umăr, de a purta mai mult sau mai puțin departe extremitatea să activă – mâna. ”

*Ipoteză:* Presupune că prin folosirea mobilizărilor mai ales pasive, vom putea îmbunătăți procesul de recuperare atât din punct de vedere al timpului alocat programului terapeutic cât și al calității rezultatelor finale.

*Scopul lucrării:* Această lucrare are ca și scop evidențierea importanței recuperării funcționale după fracturi la nivelul cotului, totodată clarificarea și delimitarea mai precisă a tratamentului, întrucât încă exista polemici puternice legate de această tema.

*Materiale și metode:* Studiul s-a realizat în incinta cabinetului Kinego din Iași din data de 16 ianuarie pana pe data de 20 februarie. Pacientul P.C. în vârstă de 49 ani cu diagnosticul de fractură deschisă antebraț drept, fractură olecran, fractură epifiză distală humerus, reduse prin osteosinteză cu placă, șuruburi și broșă olecraniană. Testările utilizate au fost testitul muscular, testitul articular, evaluarea activităților zilnice.

*Rezultate:* În urma încheierii programului de recuperare, pacientul a înregistrat o creștere a mobilității articulare la nivelul cotului drept. Îmbunătățiri s-au observat și din punct de vedere al forței musculare, al realizării activităților cotidiene.

*Concluzie:* Kinetoterapia are o contribuție semnificativă în recuperarea acestei afecțiuni, precocitatea aplicării tratamentului este esențială pentru a reduce riscurile de apariție a complicațiilor. Totodată ipoteza a fost confirmată.

*Cuvinte cheie:* fractură deschisă, evaluare, mobilizare pasivă, mobilitate articulară.

