
***THE ROLE OF COMMUNICATION, EXERCISE AND PHYSICAL THERAPY IN
PHYSICAL RECOVERY OF MEDICAL STUDENTS WITH DISABILITIES***

**Florin Țurcanu, Assoc. Prof., PhD; Maria Dorina Pașca, Assoc. Prof., PhD; Dana
Simona Țurcanu, Assist. Prof. PhD – University of Medicine and Pharmacy, Țirgu
Mureș; Talaghir Laurențiu-Gabriel, Assoc. Prof., PhD, "Dunărea de Jos" University of
Galați**

Rezumat: În abordarea problematicii cicumscrisă temei am plecat de la premiza că, planul de intervenție personalizat (PIP) la persoanele cu dizabilități reprezintă, atât o modalitate eficientă de muncă în echipă prin structurarea recuperării fizico-psihoice a celui în cauză, cât și monitorizarea rezultatelor ce pot fi obținute în cadrul fiecărui subiect în parte. Prezentul studiu s-a derulat în perioada Octombrie 2013 – Mai 2014 pe un eșantion de 6 studente la Facultatea de Medicină și Farmacie din Țirgu Mureș. Pe baza diagnosticului s-a realizat planul de intervenție personalizat (PIP) cu următoarele metode de acțiune: recuperare fizică prin kinetoterapie și exercițiu fizic, recuperare psihică prin consiliere psihologică și prin comunicare (arta dialogului). După o perioadă de un an de la primele intervenții prin PIP, s-a înregistrat o îmbunătățire a deficiențelor individuale. Metodele utilizate în prezentul studiu, pot reprezenta o alternativă viabilă pentru persoanele cu dizabilități în sensul recuperării acestora și reintegrarea lor în viața socială. Privind spectrul diagnosticului subiecților, acesta a cuprins o paletă largă pornind de la: scolioză, fractură, platfus, entorsă, leziune de menisc.

Cuvinte cheie: *comunicare, exerciții fizice, kinetoterapie, beneficiar, dizabilitate*

Abstract: In addressing the issue theme we started from the premise, customized intervention plan (PIP) to people with disabilities is not only an effective way of structuring teamwork through physical and psychological recovery of the person concerned and monitoring the results that may be obtained in each subject. The present study has been developed during October 2013 – May 2014 on a sample made of 6 girls at the Faculty from Medicine and Pharmacy of Tirgu Mures. Based on the diagnose, customized intervention plan (PIP) was made, having the following action methods: physical recovery by physiotherapy and physical exercise, mental recovery by psychological counseling and by communication (the art of dialogue). After a period of a year from first PIP interventions, was registered an improvement for individual deficiencies. The methods used in this study, can be a viable alternative for people with disabilities for the purposes of recovery and reintegration into society. Looking at the diagnosis of the subject's spectrum, it included a wide range from: scoliosis, fracture, flat feet, sprain, meniscus lesion.

Keywords: *communication, physical exercise, physical therapy, beneficiary, disability*

1. Introducere

În periplul nostru atitudinal-comportamental este necesar a porni de la ideea că, persoanele cu dizabilități sunt cele care necesită o atenție sporită atât din punct de vedere medical cât mai ales al reintegrării lor sociale.

Hipocrate este primul medic al Antichității care a sesizat și argumentat științific relațiile existente între mișcare-mușchi, imobilizareatrofie musculară, precum și valoarea exercițiului fizic pentru refacerea forței musculare și chiar pentru refacerea și recuperarea capacităților mintale (Zbenghe T. Citat în Cojocaru A., Cojocaru M., 2009, pg. 13).

În acest context, este absolut necesar a face clar distincția între termenul de deficiență și cel de handicap. Literatura de specialitate consemnează următoarele delimitări conceptuale:

a) deficiență – „absență a unor facultăți fizice sau psihice” (DEX 2009) sau „afecțiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic” (Verza E., 1997);

b) handicap – „deficiență senzorială, motorie, mintală sau orice altă infirmitate a unei persoane” (DEX 1998) sau „perturbarea funcțională sau destructurarea ei, inadaptația, obișnuința cu un comportament neadaptativ, întârzierea, retardul sau privațiunea temporară de o funcție” (Verza E., 1997).

Manifestările din sfera motricității trebuie privite în relație strânsă cu dezvoltarea intelectuală, expresia verbală și grafică, maturizarea afectiv-motivațională și calitatea relațiilor inter-individuale ca expresie a maturizării sociale (Neamțu C., Gherguț A., 2000).

Ameliorarea sau rezolvarea, fie ea și parțială a acestor „stări”, determină și dezvoltă o preocupare direct participativă, prin implicarea asistenților medicali, medicilor specialiști, kinetoterapeuților, cadrelor didactice în cadrul unităților școlare cu regim de funcționare special dar și în cadrul asociațiilor, fundațiilor sau ONG-urilor capabile prin structurile lor, să asigure persoanelor cu dizabilități cadrul propice unei vieți normale în concordanță și rezonanță cu natura handicapului și diagnosticul stabilit.

Relația pacient – terapeut se axează, în primul rând, pe comunicare. Comunicarea reprezintă un proces de interacțiune între persoane, grupuri, ca relație mijlocită prin cuvânt, imagine, gest, simbol sau semn. Prin intermediul ei, indivizii își împărtășesc cunoștințe, experiențe, interese, atitudini, simțăminte, opinii, idei (Popescu L.G., 2007).

De asemenea, comunicarea este definită ca un proces prin care un emițător transmite o informație receptorului prin intermediul unui canal, cu scopul de a produce asupra receptorului anumite efecte (Șerb S., 2000).

Privită ca proces, comunicarea constă în transmiterea și schimbul de informații (mesaje) între persoane. Comunicarea, înseamnă a spune celor din jur cine ești, ce vrei, pentru ce dorești un anumit lucru și care sunt mijloacele pe care le vei folosi pentru a-ți atinge țelurile. În acest sens, a comunica înseamnă și a tăcea, a aștepta răspunsul, reacția celui cărui ai vrut să-l anunți că există și chiar vrei să-i spui ceva (Chelcea S., 2006).

Conform estimărilor unor studii relativ recente, din totalul mesajelor, aparținând comunicării umane, aproximativ 7% sunt verbale (cuvinte), 38% vocale, incluzând tonalitatea vocii, inflexiunile, calități vocale, ritm, intensitate, onomatopee, sunetele guturale, oftat, suspin, accent, intonație etc., restul de 55% reprezentând mesaje nonverbal (Zemor P., 2003).

În conversație, componenta verbală este sub 35%, iar comunicările nonverbale peste 65%. Cercetătorii sunt de acord că limbajul verbal este în mod preponderent folosit pentru transmiterea informațiilor, în timp ce limbajul nonverbal exprimă atitudini interpersonale, stări psihice, afective etc., deși uneori sunt folosite și pentru a înlocui mesajele verbale (Mielu Z., 2004).

2. Material și metodă

Prezentul studiu a fost efectuat în cadrul activităților didactice universitare de educație fizică și sport cu studenții anului I și II de studiu, desfășurate în sala de sport „Anton Pongracz” din cadrul Universității de Medicină și Farmacie din Tîrgu Mureș.

Activitatea de recuperare prin kinetoterapie s-a efectuat în două locații special amenajate pentru astfel de activități.

Recuperarea în ansamblul ei, a constat în folosirea următoarelor mijloace:

- recuperare fizică prin exercițiu fizic și kinetoterapie;
- recuperare psihică prin consiliere psihologică folosind comunicarea (arta dialogului).

Acest demers investigativ s-a derulat în perioada Octombrie 2013 – Mai 2014 pe un eșantion de 6 studenți de la Facultatea de Medicină și Farmacie din Târgu Mureș (Tabelul nr.1):

Eșantionul de subiecți *Tabelul nr.1*

Nr. Crt.	Numele și prenumele	Anul de studiu/grupa	Diagnostic	Vârsta (ani)
1.	C.L.	I/10	Scolioză lombară	19
2.	C.K.	I/10	Scolioză lombară	19
3.	C.T.	I/9	Fractură plan tibial drept	20
4.	L.C.	II/7	Leziune de menisc genunchi stâng	20
5.	I.A.	II/7	Entorsă gleznă picior drept	20
6.	J.K.	II/8	Platfus	20

Existând toate premisele prin prezentarea Scrisorii medicale de către subiecți, de unde a rezultat diagnosticul stabilit de medicul specialist, cadrele didactice împreună cu psihologul și kinetoterapeutul, au trecut la realizarea PIP-ului pentru fiecare beneficiar în parte.

Programele de recuperare personalizate au cuprins momente distincte, prin care mișcarea (la nivel de percepție recuperatorie), a fost prezentă prin intermediul exercițiului fizic și al anumitor ramuri sportive iar raportarea beneficiarilor prin participare la aceste activități a fost nu numai remarcată dar și benefică.

În continuare vom prezenta planul general de intervenție personalizat (PIP), elaborat pentru fiecare beneficiar în parte (Tabelul nr. 2):

Planul general de intervenție personalizat *Tabelul nr.2*

Nr. crt.	Numele și prenumele	Intervenție				
		Recuperare fizică			Recuperare psihică	
		Exercițiu fizic	Joc sportiv	Kineto-terapie	Cadru didactic	Psiholog
1-2	C.L.-C.K.	Gimnastică	Baschet, Volei, Handbal	Ex. specifice	Permanent	Ocazional
3	C.T.	-----	-----	Ex. specifice	Permanent	Ocazional
4	L.C.	Gimnastică	Tenis de masă	Ex. specifice	Permanent	Ocazional
5	I.A.	Școala alergării	-----	Ex. specifice	Permanent	Ocazional
6	J.K.	Școala alergării	Fără restricție	Ex. specifice	Permanent	Ocazional

Structura implementării PIP-ului se prezintă astfel (Tabelul nr. 3):

Planificarea PIP-ului

Tabelul

nr.3

Nr. crt.	Numele și prenumele	Intervenție				
		Recuperare fizică			Recuperare psihică	
		Exercițiu fizic	Joc sportiv	Kineto-terapie	Cadru didactic	Psiholog
<i>ANUL UNIVERSITAR 2013-2014</i>						
1-2	C.L.-C.K.	Oct. – Ian. Mart. – Mai	Oct. – Ian. Mart. – Mai	Oct. – Mai	Oct. – Ian. Mart. – Mai	Oct. – Mai
3	C.T.	-----	-----	Ian. – Mai	Oct. – Ian. Mart. – Mai	Oct. – Mai
4	L.C.	Mart. – Mai	Mart. – Mai	Ian. – Mai	Oct. – Ian. Mart. – Mai	Oct. – Mai
5	I.A.	Mart. – Mai	-----	Mart. – Mai	Oct. – Ian. Mart. – Mai	Oct. – Mai
6	J.K.	Oct. – Ian. Mart. – Mai	Oct. – Ian. Mart. – Mai	Oct. – Ian. Mart. – Mai	Oct. – Ian. Mart. – Mai	Oct. – Mai

3. Rezultate și discuții

Evoluția ascendentă ai parametrilor fizici corespunzători fiecărui beneficiar în parte, a fost remarcată la sfârșitul perioadei de recuperare, corespunzătoare ultimei săptămâni din semestrul II al anului universitar 2013-2014.

Cuantificarea progresului înregistrat la sfârșitul anului universitar sus amintit a constat în, ușurința executării exercițiilor fizice special concepute dar și precizia mișcărilor de finalizare din cadrul jocurilor sportive utilizate în recuperarea funcțională a subiecților.

Utilizarea exercițiilor fizice și a jocurilor sportive dublate de discuții purtate între subiecți și cadrul didactic titular al activităților universitare de educație fizică împreună cu psihologul, întregesc tabloul general al participării multidisciplinare în recuperarea fizică dar și psihică ai studenților cu diferite grade de dizabilitate.

În acest sens, comunicarea, prin schimbul de informații realizat, a avut un rol major în relație cu conștientizarea subiecților asupra rolului major pe care exercițiul fizic în general și jocul sportiv în particular îl poate avea alături de exercițiile specifice kinetoterapiei, în accelerarea procesului de recuperare fizică al fiecăruia.

Restabilirea mobilității articulare la sfârșitul anului universitar 2013-2014, pentru fiecare subiect în parte raportat la diagnosticul stabilit, este prezentată în Figura nr. 1:

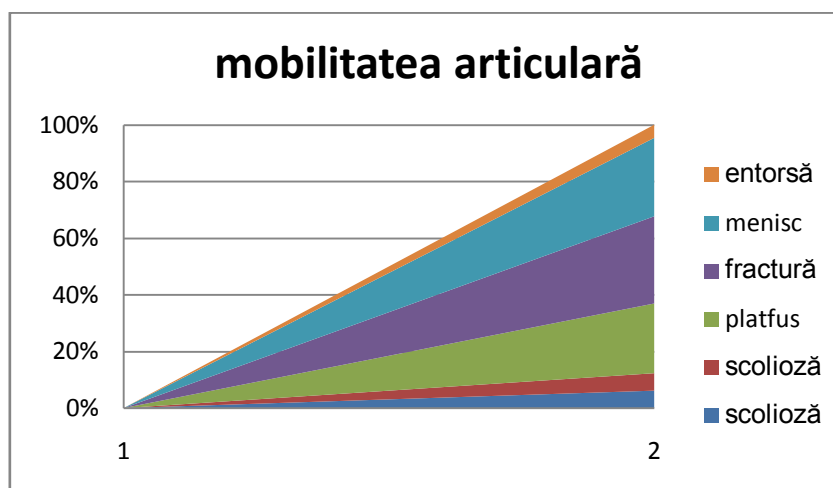


Figura nr. 1

Legendă:

- 1 – Începutul Semestrului I
- 2 – Sfârșitul Semestrului II

4. Concluzii și propuneri

Într-o remarcă deloc întâmplătoare, atunci când un student este scutit de efectuarea activităților didactice universitare de educație fizică și sport ca urmare a unei deficiențe fizice congenitale (scolioză, platfus) sau dobândite (fractură de plan tibial, afecțiunea meniscului, entorsă), este de preferat, să-l determinăm prin „arta dialogului” să efectueze, un program fizic personalizat care, poate contribui alături de practicile kinetice, la accelerarea redobândirii mobilității articulare.

În acest context, devine viabil și plin de încărcătură afectiv-emoțională fiecare gest în parte a persoanei cu dizabilități, iar faptul că, în cadrul elaborării planului individual personalizat, cadrul didactic devine o persoană extrem de importantă, putem afirma cu certitudine faptul că, acesta trebuie să dovedească încredere, responsabilitate și foarte mult profesionalism.

Toate elementele sus menționate se pot regăsi în activitatea desfășurată sub aceste auspicii de orice cadru didactic licențiat în educație fizică și sport care, poate înlocui o inactivitate fizică acoperită de o scutire medicală, cu un program personalizat cu efecte benefice de ambele părți: profesor – student/elev.

BIBLIOGRAFIE :

1. Albu A., Albu C., *Asisteța psihopedagogică și medicală a copilului deficient fizic*, Editura Polirom, Iași, 2000.
2. Chelcea S., *Opinia publică. Strategii de persuasiune și manipulare*, Editura Economică, București, 2006.
3. Mielu Z., *Tratat de psihologie organizațională – managerială*, Volumul 1, Editura Polirom, Iași, 2004.
4. Neanțu C., Gherghuț A., *Psihopedagogia specială*, Editura Polirom, Iași, 2000.
5. Pașca M.D., *Acordarea asistenței psihopedagogice copilului infectat HIV*, Editura Ardealul, Tîrgu Mureș, 2000.

6. Păunescu C., Mușu I., *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal*, Editura Medicală, București, 1990.
7. Popescu L. G., *Comunicarea în administrația publică*, Ediția a 2-a, rev., Editura Economică, București, 2007.
8. Șerb S., *Relațiile publice și comunicarea*, Editura Teora, București, 2000.
9. Zemor P., *Comunicarea publică*, Editura Institutul European, Iași, 2003.
10. Verza E., *Psihopedagogie specială*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1997.