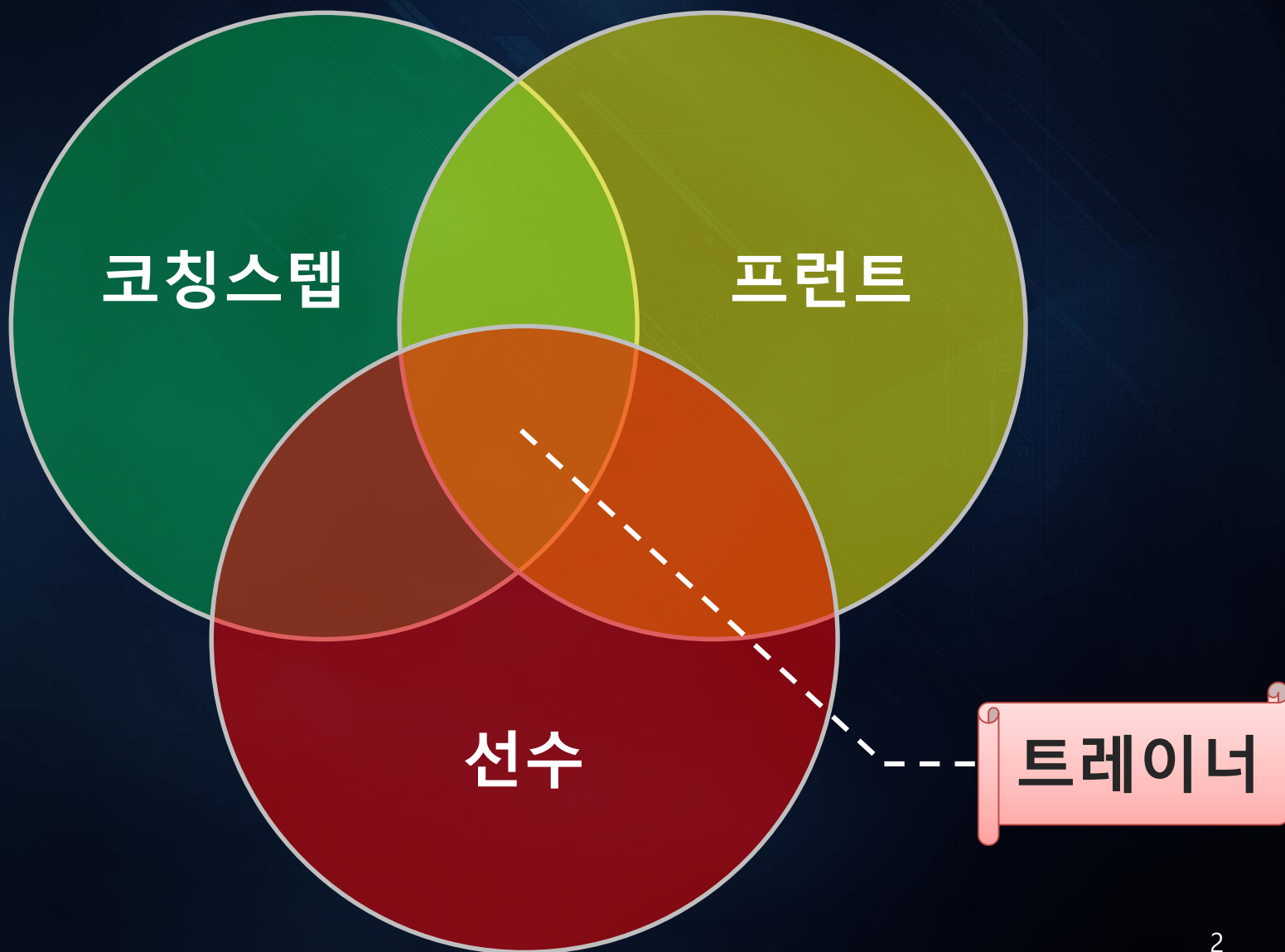


# I. 트레이너란...?

- “트레이너는 자동차 경주의 정비사와 비슷한 역할로 보면 된다. 빠른 시간에 선수들이 최대의 경기력을 낼 수 있도록 만드는 게 우리 역할”
- 트레이너는 선수들의 건강을 위하는 일이라면 모든 부분에 관여한다. 부상 뿐만 아니라 감기, 치아 관련 문제가 있을 때도 의사와 약속을 잡고 약 처방을 받는 부분도 담당한다.

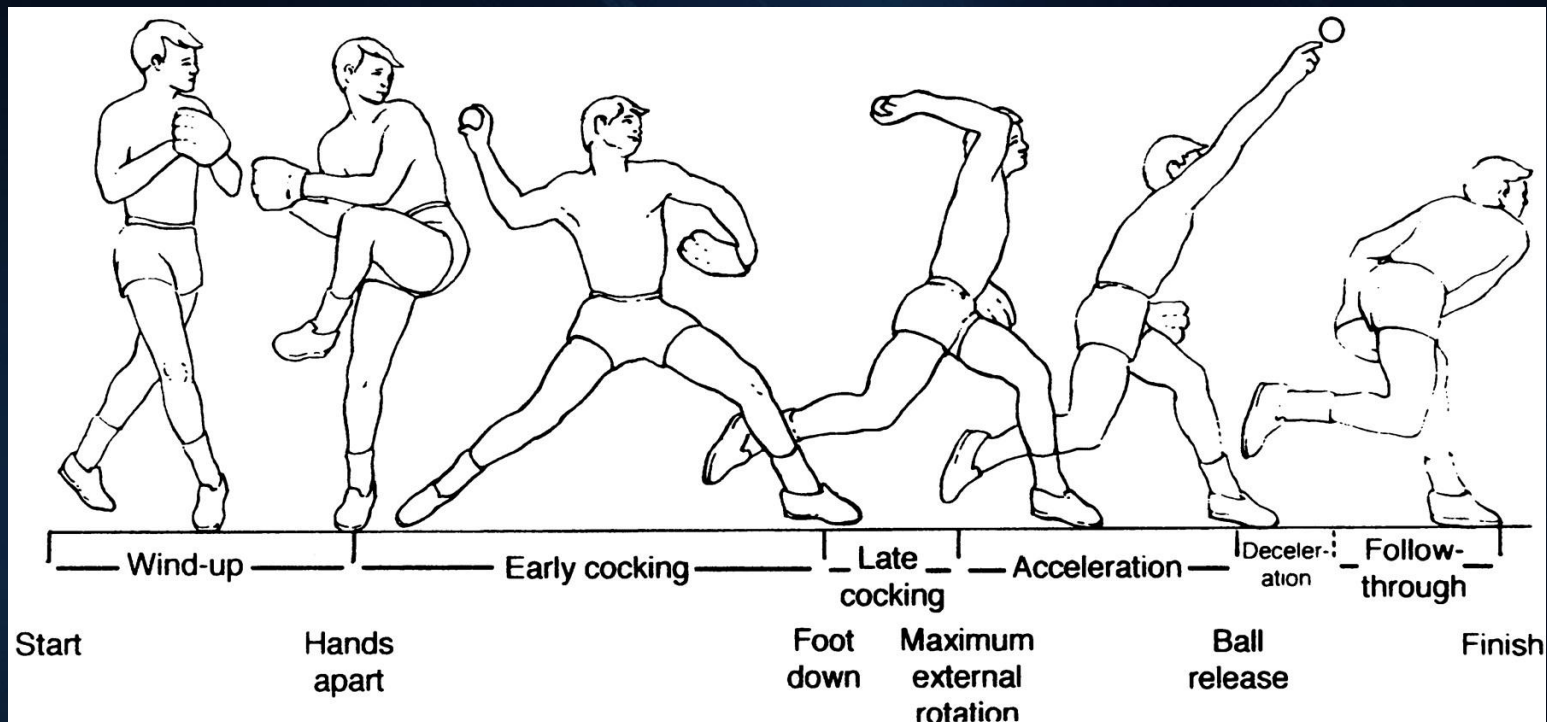
## Ⅱ. 트레이너의 역할



- 상해예방과 위험인자 관리
- 운동 프로그램의 개발
- 안전한 경기 환경의 보장
- 보호장비의 선택, 설치, 유지
- 영양의 중요성과 교육
- 적절한 의약품 사용
- 상해의 인식과 평가
- 이학적 검사
- 질병과 상해의 이해
- 의학적 관리와 보조역할의 수행
- 질병과 상해의 간접적 관리
- 치료, 재활, 트레이닝
- **카운셀러(상담)**



# Pitching Mechanism

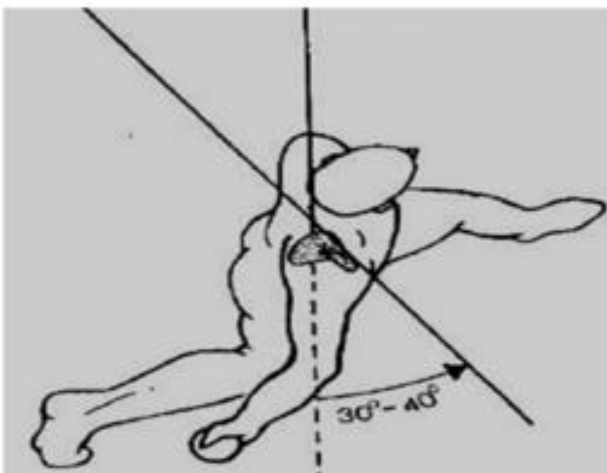
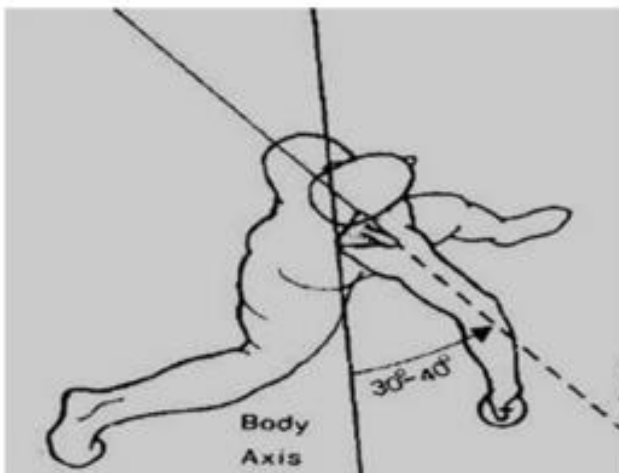


- 골반 회전속도 :  $400 \sim 700^\circ /s$
- 상체 회전속도 :  $900 \sim 1,300^\circ /s$
- 견관절 내회전속도 :  $7,000 \sim 8,000^\circ /s$

1초에 약 20번 회전

(Dillman et al, 1993)





# Scapula Alignment



Elevation



Depression



Adduction (retraction)



Abduction (protraction)



Upward rotation



Downward rotation (return to anatomical position)

# Hitting Mechanism



Loading & Stride

Launch the Hip

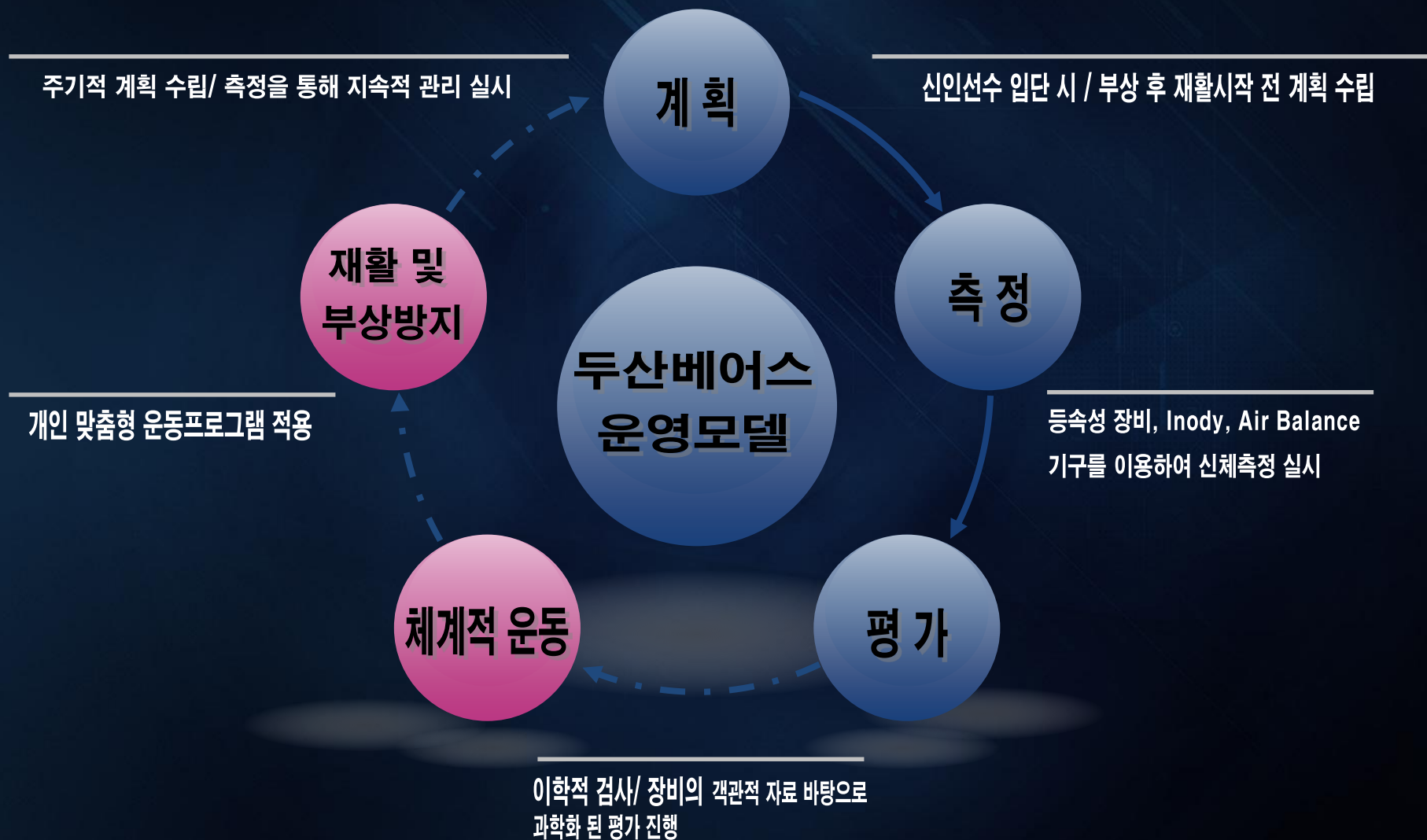
Launch the Hand  
&  
Contact

Extension  
(The power V)

Follow through



# Ⅲ 현장에서 하는 일

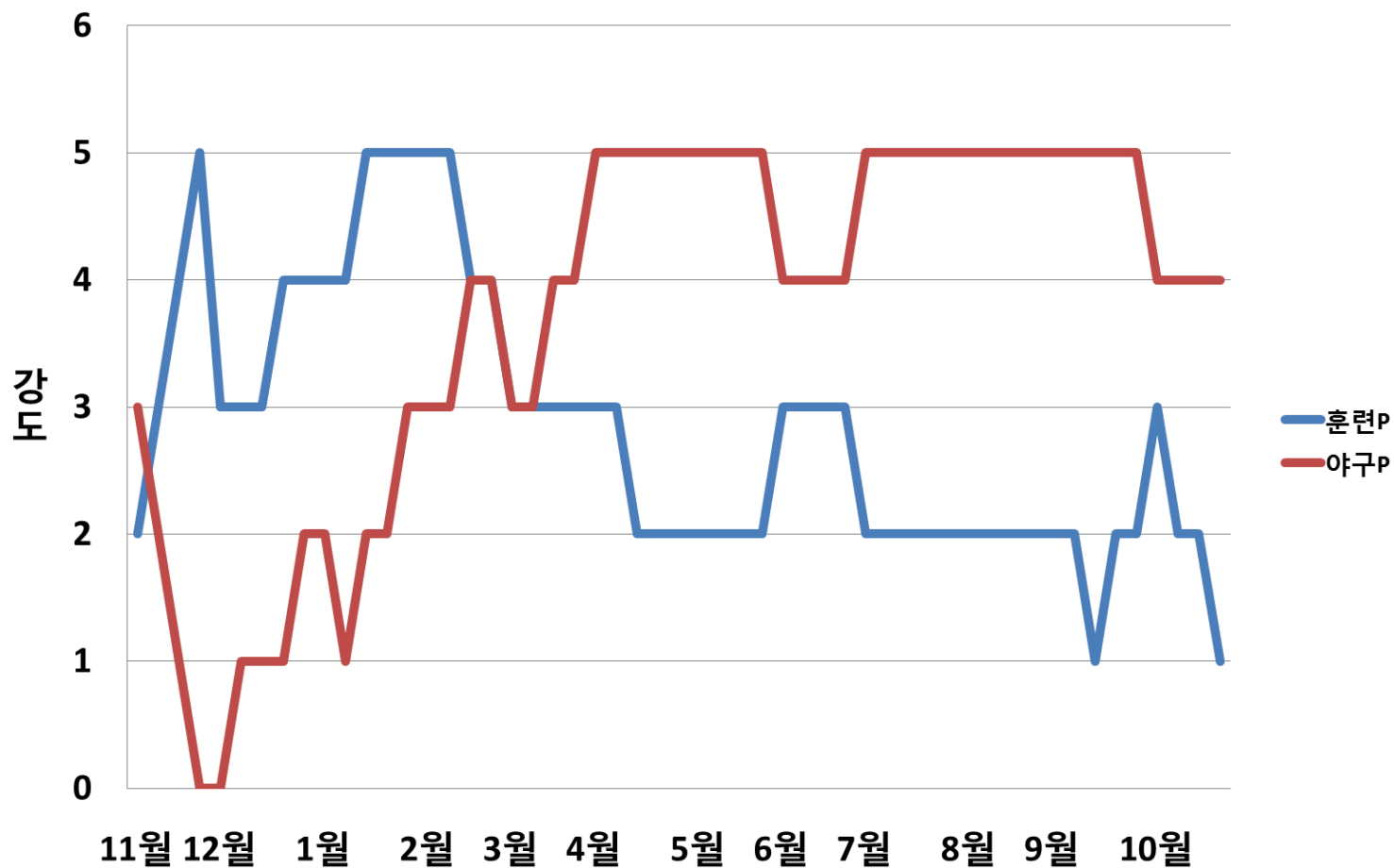


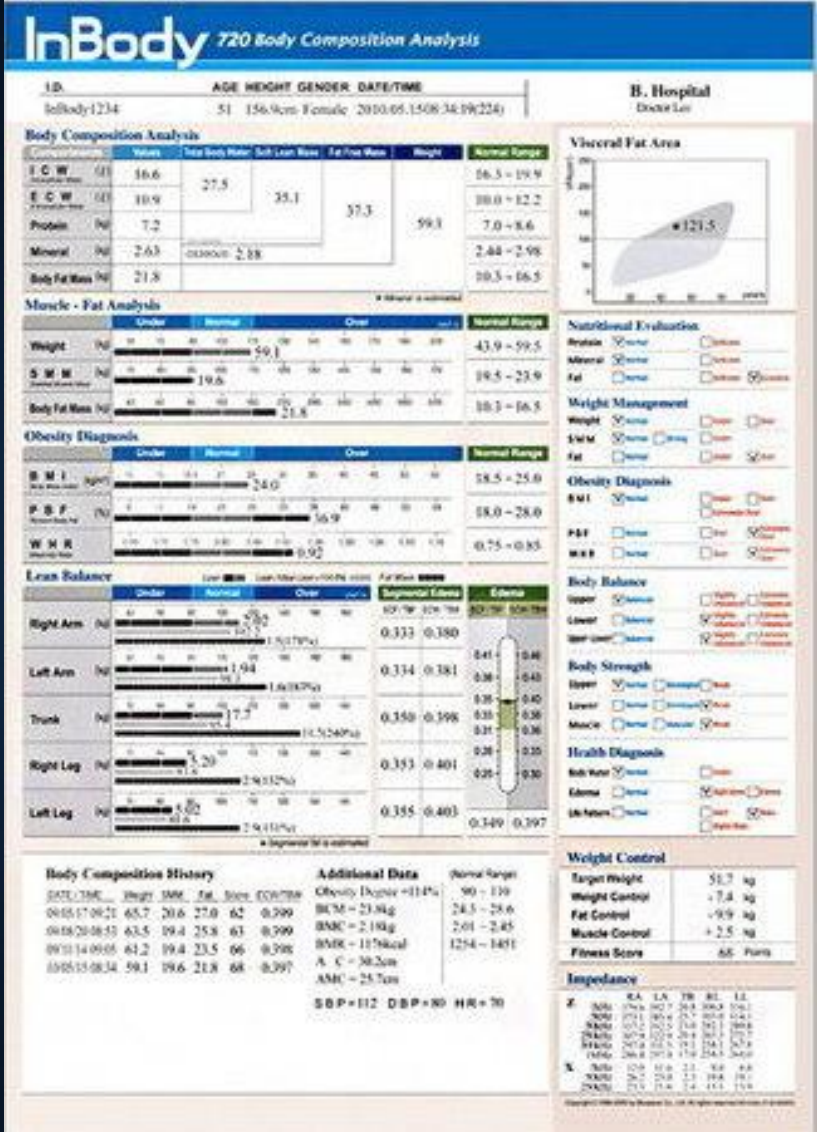


# 기간별 중점적인 운동 요소



## 기간별 운동 및 훈련강도



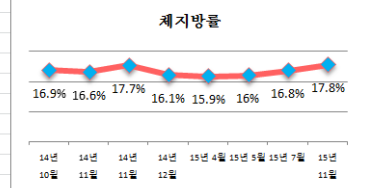
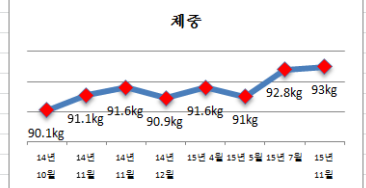


## 신 체 상 태 기 록 표

이원재 선수

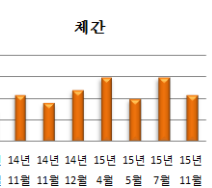
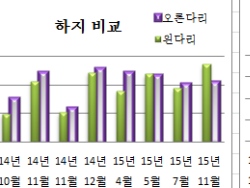
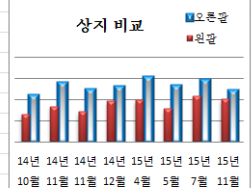
본 자료는 2016-03-18 에 작성 되었습니다. 자료의 결과를 바탕으로 현재 몸 상태를 평가하고, 향후 운동방향을 계획하게 됩니다. 담당 트레이너 선생님과 상담 후 신체관리를 진행하십시오.

### 1. 체중 및 체지방



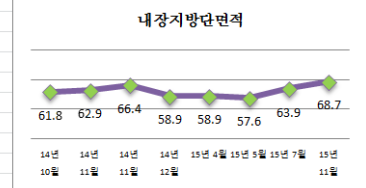
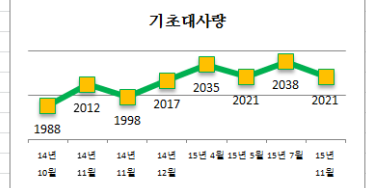
※트레이너 한아름 기증으로 인하여 지방보다 지방이 분기되면서 특별한 근육운동(Weight Training)을 권장합니다.

### 2. 근육량



※트레이너 한아름 신체의 중추를 정렬(Alignment)을 매우 중요하게 볼만큼 바른 자세를 신체의 무중력인 자세로 이용하여 주시기 바랍니다.

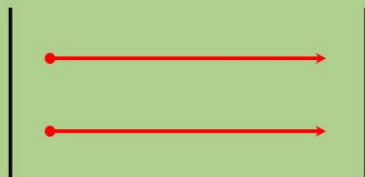
### 3. 기타 참고자료



<실내 연습장>

Side Step  
↔

30M 단거리



<트레이너실>

악력 / 배근력

체전굴

SLR

<실내 연습장>

Plank

Sit-up

제자리멀리뛰기



<실내 연습장>

셔틀런







## 두산베어스 상체보강운동 프로그램 (DoosanBears U/E Work Out Programs)

# A

① Shoulder Rotator cuff  각 100회	
② Shoulder & Scapula  50회	
③ Shoulder & Scapula  40회	
④ Shoulder Rotator cuff  각 50회	
⑤ Shoulder & Scapula  30회	
⑥ Wrist & Elbow  각 100회	
⑦ Wrist & Elbow  버티기 2분	

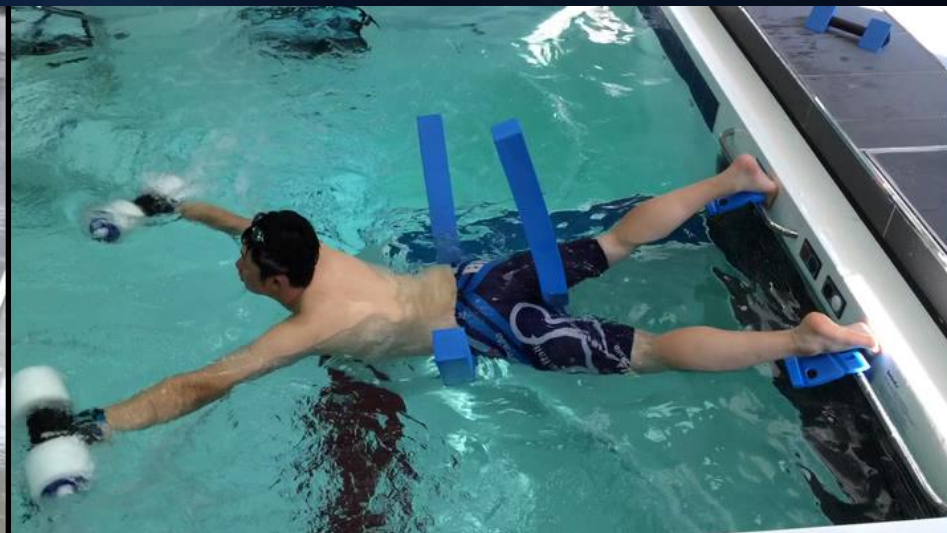


## 두산베어스 복근강화운동 프로그램 (DoosanBears Abdominal Strengthening)

# C

① 복직근 Rectus Abdominis  40회	
② 복사근 Oblique Abdominis  각 15회	
③ 복직근 Rectus Abdominis  30회	
④ 복직근 Rectus Abdominis  왕복 30회	
⑤ 복사근 Oblique Abdominis  각 20개	
⑥ 배근 Back Muscle  30회	
⑦ 버티기 동작 Stabilization  1분	

# Training - SwimEx





# Warm-up & Conditioning



# 도핑 교육 및 관리



## 치료목적사용면책(TUE) 신청서

모든 항목은 대문자(영어로 작성 시) 또는 필름터(또는 전자체로 작성하십시오. 선수는 1, 5, 6, 7번, 주치의는 2, 3, 4번 항목을 기입하시기 바랍니다. 글씨체를 알아볼 수 없거나 미완성된 신청서는 반려되며, 반독 가능한 완성된 양식으로 다시 제출해야 합니다.

### 1. 선수 인적사항 Athlete Information(국문·영문명 모두 역권과 일치하도록 기재)

성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 남 ☐ 여 ☐ 생년월일(년/월/일): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Surname Given Name Male Female Date of Birth (y/m/d)  
 주소: \_\_\_\_\_ (시/도) \_\_\_\_\_ (시/군) \_\_\_\_\_  
 Address (Province/City)  
 우편번호: \_\_\_\_\_ 전화번호(국가번호 포함): \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_  
 Postcode Tel(with International Code) E-mail  
 종목: \_\_\_\_\_ 세부종목/포지션: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Sport Discipline/Position  
 소속 국제 또는 국내경기연맹: \_\_\_\_\_  
 International or National Sport Organization  
 출생예정지(대/도/읍): \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_  
 Planned Competition(Name) Date  
 장애가 있는 경우, 장애내용을 기입하십시오.  
 If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment.

### 2. 의료 정보 Medical Information(필요 시 다른 용지에 이어 작성하십시오.)

진단: \_\_\_\_\_  
 Diagnosis  
 만약 사용 허가된 의약품으로도 치료 가능한 경우, 해당 금지약물을 처방하려는 임상과학적 정당성을 설명하십시오.  
 If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

주 의 사 항 (Note) 진단(Diagnosis)  
 신청서와 함께 진단 증명자료(진단서, 처방전, 소견서 등)를 반드시 첨부하여 제출하여야 합니다. 진단 증명자료에는 포괄적인 병력 및 그와 관련된 모든 검사 보고서, 검사실 조사 및 영상/검사 결과가 포함되어야 합니다. 가능한 경우, 보고서 또는 앞서 질문에 대한 사본을 첨부하여야 합니다. 증명자료는 임상과학적 관점에서 극히 객관적이어야 하며, 만약 정확한 설명이 불가능한 경우, 다른 독립된 의료진의 소견을 포함시킬 수 있다.  
 Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.

### 3. 세부 진료내용 Medication Details

금지약물: 약물속명 Prohibited Substance(s): Generic name	1회 사용량 Dose	사용/투여 방법 Route of Administration	사용/투여 빈도 Frequency	치료기간 Duration of Treatment
1.				
2.				
3.				

### 4. 담당 의사 확인 Medical Practitioner's Declaration

본인은 상기 2, 3번 항목에 기입한 정보가 사실이며, 위에서 언급한 치료는 의학적으로 적절하다는 것을 증명한다. I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

성 명 Name: \_\_\_\_\_ 전공분야 Medical Specialty: \_\_\_\_\_  
 주 소 Address: \_\_\_\_\_  
 전 화 Tel.: \_\_\_\_\_ 팩 스 Fax: \_\_\_\_\_ 이메일 E-mail: \_\_\_\_\_  
 의사 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_  
 Signature of Medical Practitioner Date

### 5. 소급 신청여부 Retroactive Applications

본인에 해당하는 신청 종류에 "V" 표시하십시오.  
 Please indicate reason:  
☐ 응급치료 또는 급성의료조치가 필요했음  
 Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary  
☐ 기타 예외적인 상황으로 인해 신청서를 제출할 시간 또는 기회가 충분하지 않았음  
 Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection  
☐ 적용가능한 규정상 사전 신청이 요구되지 않았음  
 Advance application not required under applicable rules  
☐ 기타(아래에 기술하십시오): \_\_\_\_\_  
 Other(Please explain)  
 소급 TUE 신청인 경우, 치료 시작일을 명시하십시오.  
 If yes, on what date was treatment started?  
 (년/월/일 y/m/d)

### 6. 이전 신청여부 Previous Application

본인은 과거에 TUE를 신청한 적이 있다.  
 Have you submitted any previous TUE application(s)? Yes ☐ No ☐  
 당시 신청약물 또는 투여방법 For which substance or method?  
 TUE 신청서 제출기간 To whom? \_\_\_\_\_ TUE 신청일 When? \_\_\_\_\_  
 판결 결과 Decision: 승인 Approved ☐ 불승인 Not approved ☐

### 7. 선수 선언 Athlete's Declaration

본인, \_\_\_\_\_ (는/는) 1, 5, 6항목에 서술한 내용이 사실임을 확인한다. 본인은 본인의 의학적 필요가 세계도핑방지규약(이하 "규약") 및/또는 치료목적사용면책 국제규준에 따라 도핑방지기구, 세계도핑방지기구(WADA)에서 승인한 담당자, WADA 치료목적사용면책위원회(TUEC) 및 기타 이 정보에 대한 권리를 가질 수 있는 도핑방지기구 치료목적사용면책위원회 및 승인된 담당자에게 제공되는 것을 허락한다.  
 본인은 본인의 주치의가 나의 정보를 위 언급된 기관 및 담당자에게 공개하여 본인의 TUE 신청 고려 및 결정에 사용하는 것을 동의한다.  
 본인은 본인의 정보가 치료목적사용면책 신청심사와 잠재적 도핑방지규침 위반에 대해 조사 및 절차의 채택에 관한 사용될 것임을 이해하고 있다. (1) 본인의 건강 정보가 사용되는 것에 대해 더 많은 정보를 알고 싶거나, (2) 접근과 정정에 대한 권리를 행사하고 싶거나, 또는 (3) 이러한 기구가 본인의 피하 정보를 확보하는 권리를 철회하고 싶다면, 담당 의사와 도핑방지기구에 그 사실을 서면으로 통보해야 한다는 것을 이해하고 있다. 본인은 본인의 동의를 철회하기 이전, 규약에서 요구한다면 잠재적 도핑방지규침 위반의 입증 용도로 사전에 제출된 치료목적사용면책 관련 정보가 유지되는 것이 필요하다는 사실을 이해하고 동의한다.  
 본인에 대한 검사 그리고/또는 결과관리권이 있는 모든 도핑방지기구 또는 기타 단체가 신청관련 결과를 공유한다는 사실에 동의한다.  
 본인은 개인정보 및 신청과 관련된 결정을 수행하는 자가 본인의 거주국 외에 위치할 수 있으며, 타 국가의 정보 보호/사생활 보호 관행이 우리나라와 다를 수 있음을 이해하고 동의한다.  
 본인은 본인의 개인정보가 이러한 동의사항과 <사생활 및 개인정보 보호 국제규준>에 따라 사용되지 않는다고 판단되는 경우, WADA 또는 스포츠국제재판소(CAS)에 항소할 수 있다.  
 I, \_\_\_\_\_, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code ("Code") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions.  
 I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.  
 I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (i) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise my right of access and correction; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code. I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.  
 I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence.  
 I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS.  
 선수 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_  
 Athlete's signature Date  
 부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_  
 Parent's/Guardian's signature Date  
 \* 선수가 미성년자거나, 장애로 인하여 서명이 불가능 할 경우, 부모 또는 보호자가 선수와 함께 또는 선수를 대신하여 서명할 수 있다. If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete.

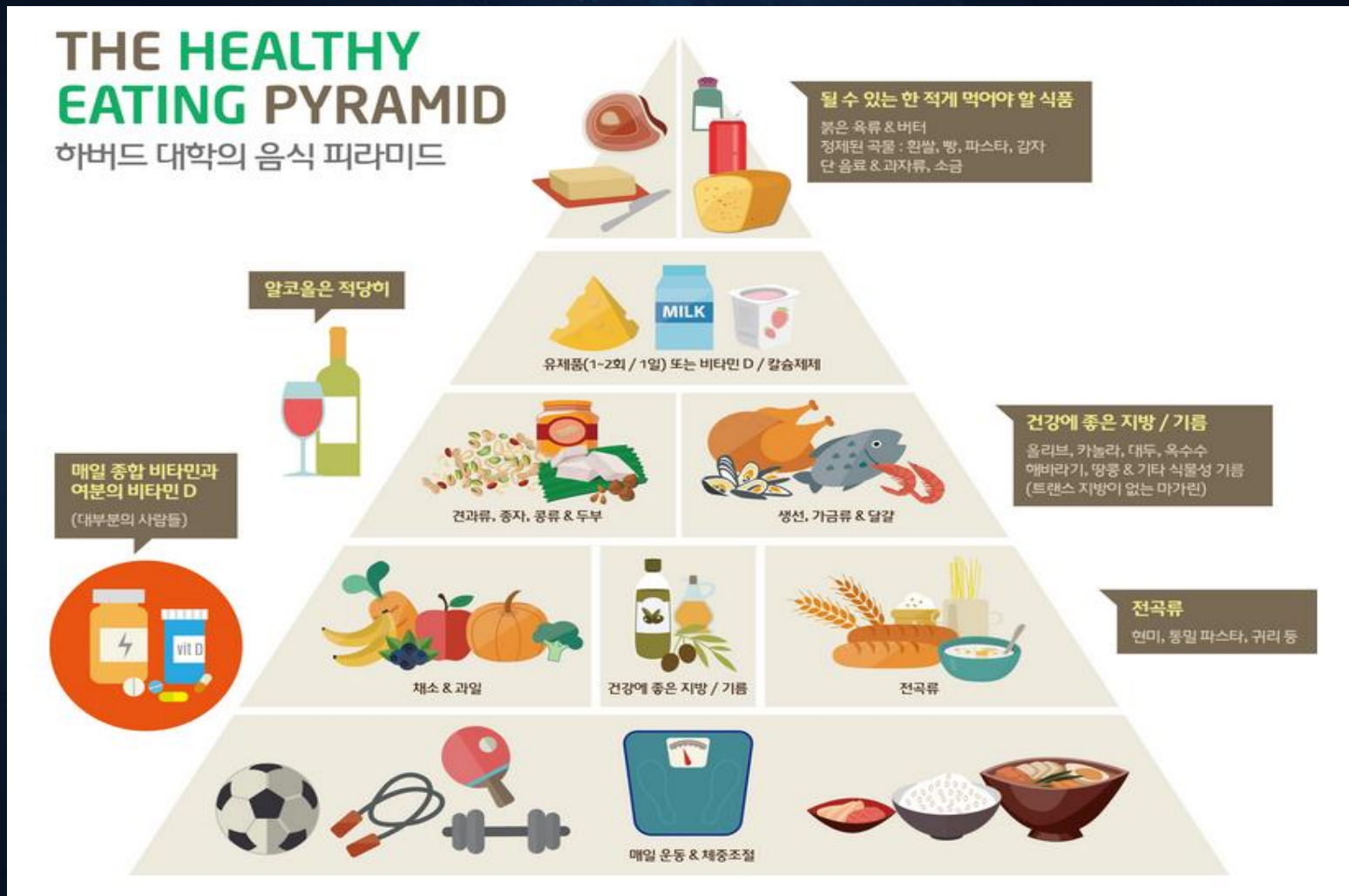
※ 완성된 신청서는 한국도핑방지위원회에 우편, 이메일 또는 팩스를 통해 제출하며, 사본을 반드시 보관하십시오. Please submit the completed form to KADA by the following means (keeping a copy for your records): Mail, E-mail, or FAX

3

한국도핑방지위원회 (KADA Contact Details in Korean)  
 주소: 서울특별시 강동구 강동대로 198, 다산빌딩 301호(신내동 448-8)  
 전화: 02)2045-5835, 팩스: 02)2045-5888, 이메일: tun@kada-ks.or.kr



# 선수단 영양관리 & 보충제 섭취



# IV 트레이너가 되기 위한 준비

- 해부학, 병리학 등을 공부하는 학과 출신
- 현장 인턴, 재활센터, 아마추어 팀 경력자 추천
- 채용공고 후 면접을 통한 채용
- 대한선수트레이너협회(트레이너 교육과정 연수 프로그램)
  - AT자격시험 및 심폐소생물, 응급처치 과정 수료
  - 자격 유지를 위한 보수교육 진행
  - [www.webkata.org](http://www.webkata.org)
- 대한스포츠물리치료학회
  - 스포츠 테이핑 / 마사지 교육 및 실습(태릉선수촌)
  - <http://www.sportspt.co.kr/>