

KINESITHERAPY – EMERGENCE, ESSENS AND DEVELOPMENT

Abstract: Kinesitherapy has its roots far away in antiquity, but there are still attempts to underestimate it as a method of prevention, treatment and recovery. Today, efforts are being made to solve its various problems in order to increase the range of use, given its great benefits for the overall rehabilitation process.

Author information:

Gyulnihar Nedzhib

Phd, Lecturer

at Konstantin Preslavsky – University of Shumen

✉ g_nedjib@abv.bg

🌐 Bulgaria

Keywords:

kinesitherapy, public health, rehabilitative care,

historical development, current issues

Radostina Deneva

Student

in Speciality of Social Activities

at Konstantin Preslavsky – University of Shumen

✉ radeneva94@abv.bg

🌐 Bulgaria

Въведение

Движението е важен фактор за пълноценен и здравословен начин на живот. Още със зараждането на медицината различните форми на движение се прилагат върху човешкия организъм с превантивна, терапевтична и възстановителна цел. Движението е в основата на всички форми на рехабилитация, но кинезитерапията (лечебната физкултура), която е един от елементите на рехабилитацията, е тази, която се базира изцяло на него, като по този начин ограничава или отстранява увредите на мускулно-скелетната, нервно-мускулната, кардио-респираторната системи и кожата. Тя е регулирана медицинска професия, която в същността си е активен метод, с пълноценно участие на болния, целта на който е максимално възвръщане на физически, психически, социални, професионални и икономически способности на рехабилитирания.

Възникване на кинезитерапията

Началото се свързва с философската система на *Конфуций*, която акцентира върху значението на определени позиции на тялото с превантивен и терапевтичен ефект, както и със старокитайската книга „*Кунг-фу*”, в която въпросът за прилагането на дихателните упражнения като регулатор на кръвообращението и като лечебно средство се разглежда още през 3000 г. пр. н. е. в

В храмовете *индуските йоги* (1800-800 г. пр. н. е.) в храмовете практикуват освен активна и пасивна гимнастика, така и масаж и дихателни упражнения, за да запазят здравето си.

Схващанията на *Хипократ* (460-372 г. пр. н. е.) за устройството на човешкото тяло дават силен тласък на идеите за лечение чрез движение. Той поддържа тезата за лечебния ефект на физическите упражнения и дава описание за тях и прилагането им. Важен момент е, че той ги индивидуализира и дозира за всеки отделен случай, като се придържа към мисълта „*Primum non nocere*” („Преди всичко не вреди”).

В периода I-II век в *Древен Рим* се препоръчват разходките, масажът, физическата активност от една страна като общоукрепващо средство, а от друга като средство за борба с деформациите на човешкото тяло.

След силен застой в Европа на идеите за лечение чрез движение по време на феодализма, през епохата на Възраждането те отново получават развитие, най-вече в Италия, където с популярност се ползва съчинението „*Изкуството на гимнастиката*” на Меркуриалис. Това съчинение е опит да се систематизира и обобщи всичко написано дотогава относно лечебната физкултура, както и да се обясни връзката между движенията и кръвообращението.

През XIX век в Европа се утвърждава тезата, че движението е задължително при лечението на различни заболявания. Тя се базира на известната мисъл на френския учен Жозеф Тисо, че движението само по себе си може по своето въздействие да замени всяко средство, но всички лечебни средства в света не могат да заменят въздействието на движението.

Настъпва период, в който известни учени от различни страни започват да прилагат лечебната гимнастика при гинекологични заболявания, сърдечно-съдови проблеми, неврологични заболявания, белодробни болести.

В основата на успехите в тези медицински области е *шведската гимнастика* в лицето на Хенрих Линг (1776-1839г.), който разработва система за лечение чрез физически упражнения на основата на анатомо-физиологичния анализ. Целта е борба с функционалната недостатъчност на двигателния апарат. Упражненията са дозирани и локализирани.

У нас, в раздела „*Как да пази човек здравето свое*” на *буквара на д-р Берон*, се посочва първостепенната роля на физическите упражнения. Той посочва важната роля на масажирането и закаляването на организма.

След освобождението на България медицината се развива под влияние на руската медицина, а след Първата световна война под влиянието най-вече на германската.

След 9 септември 1944 година най-голямо влияние върху развитието на българската медицина и физкултура има съветската лечебна физкултура.

В периода 1947-1948г. се открива първата катедра по лечебна физкултура към Висшето училище по физическа култура, откъдето впоследствие излизат първите методисти, които започват да развиват дейност в новооткритите кабинети.

През 1949г. се открива първият кабинет по лечебна физкултура към Републиканския институт по физиотерапия и курортология, откъдето лечебната физкултура се разпространява в останалите болници, институти, санаториуми и др. в страната.

Министерството на народната просвета и Министерството на народното здраве изработват програми по изправителна гимнастика и въвеждат във всички училища факултативни часове по изправителна гимнастика.

Внедряването на лечебната физкултура става твърде бавно и мъчително.

От 1991г. лечебната физкултура се преименува в кинезитерапия, като днес тя е важна и неделима част от цялостния рехабилитационен процес [2].

Същност на кинезитерапията

Терминът „кинезитерапия” в директен превод означава лечение чрез движение. Наименованието идва от старогръцки (kinesis – движение и „terapeo” - лечение).

Кинезитерапията е самостоятелна медицинска дисциплина, която се опира на постиженията на останалите медицински дисциплини. Тя включва в себе си теорията и методиката на физическото възпитание и се основава на клинични и масови невро-физиологични, функционални, психолого-педагогически и други проучвания и изследвания.

Според Н. Попов [8] кинезитерапията е метод за възстановяване на физиологичната функция и по-конкретно възстановяване и подобряване на възможностите за ставане, седане, ходене, бягане, качване и слизане по стълби. Прилага се при ограничена подвижност, намалена сила, намален аеробен капацитет. Кинезитерапевтът, според него, участва в отчитането, качествено и количествено измерване на симптомите и идентифицирането на нивото на

увреда – например установяване на мускулна слабост, ограничаването на физиологичната и аксесорна подвижност, болката.

Н. Манчева е на мнение, че лечебната физкултура е метод за лечение и профилактика на различни заболявания посредством комплекс от физически упражнения. Освен общото въздействие върху физиологичните процеси в организма тя осъществява още възпитанието на различни качества на болния, като увеличаване скоростта на реакцията, силата, издръжливостта, координация, засилване на волята, закаляване на морално-волеви качества и др. [2, 7]

Механизмът на действие на кинезитерапията се изразява в лечение, което се извършва чрез правилни движения и се провежда с адаптирани, постепенно нарастващи силови въздействия, които са индивидуални за всеки пациент. При изготвянето на специфичната за болния програма се отчитат анамнезата, възрастта, физиологичните особености и съпътстващите заболявания. Постепенното обучение в правилни движения води до неврорефлекторно фиксиране и възстановяване на обмена на веществата в костно-мускулната система. Кинезитерапията се прилага посредством лечебно-рехабилитационни тренажори, като системи за провесване и разтягане. Основна потребност е правилното дишане, което повишава ефекта. [12]

Кинезитерапията има широк обхват на действие – използва се почти при всички заболявания.

Областите ѝ на приложение [6] са следните:

- заболявания на опорно-двигателния апарат – артрозна болест, гръбначни изкривявания, спортен и друг травматизъм и др.;
- сърдечно-съдови заболявания – инфаркт на миокарда, хипертония и хипотония и др.;
- неврологични заболявания – детска церебрална парализа, мозъчен инсулт, дискова херния и др.;
- отделителна система – бъбречно-каменна болест, хроничен пиелонефрит и др.;
- терминалния стадий на злокачествени заболявания и др.

Тя действа както локално върху зоната на увредата, така и върху цялостната реактивност на организма и работата на всички органи и системи. Кинезитерапията осигурява максимално товарене на нужните групи мускули за въздействие върху патологично изменения участък. Тя укрепва мускулния корсет и подобрява кръвоснабдяването и храненето на тъканите. Има положително въздействие не само върху физиката, но и върху психиката на рехабилитирания.

Кинезитерапията се отличава от консервативните начини за лечение по това, че:

- задейства болевите зони;
- не ползва обезболяващи лекарства;
- ползва тренажори под указанията на специалист [12].

Кинезитерапията не се комбинира с обезболяващи препарати, защото тя по естествен път се справя с болката с помощта на физическите натоварвания.

Кинезитерапията се разделя на два основни дяла:

1/ активна кинезитерапия – характеризира се с активното и съзнателно участие на болния, който волево изпълнява движенията. Обхваща активните физически упражнения, трудовите двигателни дейности, движенията с приложен и битов характер, както и някои кинезитерапевтични методи като проприоцептивно нервно-мускулно улесняване, системата на йога и т.н.

2/ пасивна кинезитерапия – болният участва пасивно, без волеви движения. Движението се извършва или ръчно от друго лице или чрез специални апарати и приспособления, които имат обикновените физиологични движения или се извършват раздвижвания на отделни тъкани и части на човешкото тяло чрез специално организирани методични системи (масаж, мануални манипулации, механотерапевтични процедури, подводен масаж и др.).

Професията кинезитерапевт е една от бъдещите професии. От особено значение за съвременния кинезитерапевт е натрупването на задълбочени познания по анатомия, физиология, кинезиология, биомеханика и функционална диагностика на човешкото тяло.

Кинезитерапевтът в държавите членки на Европейския съюз е самостоятелен медицински специалист, който съставя и ръководи рехабилитационния план в болнични, доболнични и домашни условия [5].

Специалистите по кинезитерапия имат различни наименования в различните страни, но в действителност в световен мащаб не съществува разделение на компетенциите на специалистите, практикуващи лечение чрез движение. Най-често срещаната специалност в световната практика е „физиотерапевт”. Това е медицински специалист, който извършва услуги в системата на общественото здраве за поддържане и възстановяване на функционалната способност на човека, когато има нарушение вследствие на дегенеративни процеси, травми, инфекции и други състояния, изискващи продължителна рехабилитация.

Физиотерапевтите имат следните професионални компетенции [11, 17]:

- консултират пациентите и вземат решение за търсенето на консултация от други здравни специалисти;
- правят обстоен клиничен преглед на пациента;
- обобщават обективните находки от прегледа и вземат решение;
- формулират диагнозата и прогнозата;
- изготвят и осъществяват рехабилитационния план;
- оценяват постигнатите резултати от лечението;
- повишават двигателната култура чрез обучение и поемане на доза отговорност от страна на пациента.

Съгласно *Националната класификация на професиите* [4] кинезитерапевтът у нас разработва рехабилитационни програми по направление от лекар физиотерапевт и ги изпълнява. Той поставя диагноза в областта на кинезитерапията чрез подходящи инструменти за оценка. Кинезитерапевтът подпомага подобреното на функционалния капацитет и прави оценка на напредъка, както и излиза с инструкции, демонстрации и наставничество на терапевтични техники и поведение за възстановяване, поддържане и подобряване на функционалните способности.

Актуални проблеми в областта на кинезитерапията

Днес постоянно расте броя на рецепиентите на различните рехабилитационни интервенции. С напредване на възрастта нарастват потребностите от тях при пациентите с множествени хронични заболявания и такива с трайни увреждания, което предполага и прилагането на дългосрочни рехабилитационни грижи.

Методът заема все по-широко място в частната практика, но има и болнични заведения с обособени отделения за това. Разкрити са множество центрове и отделения в различни точки на страната – отделение в болница „Токуда”, Център по кинезитерапия към Софийския университет, Логопедичен център „Милеа”, МЦ за спортна медицина – гр. Пловдив, „Аурора център” – гр. Русе, Лечебно възстановителен център „Сано” – гр. Варна и др.

Що се отнася до *образованието по кинезитерапия* специалности са разкрити в Националната спортна академия, в колежите към медицинските университети, Софийския, Русенския и Югозападния университет. Завършилите съответните специалности работят в болнични отделения по физикална терапия и рехабилитация, в здравни заведения за активно лечение, консултативни центрове, хосписи, фитнес, СПА и спортни клубове и центрове.

Анализът на реалностите в България показва липсата на единство във формирането на професионалните компетенции на медицинските специалисти, които практикуват лечение чрез движение. Изучаването ѝ като специалност следва да се извършва във факултетите по обществено здраве и във висшите медицински училища.

Относно определяне на професионалните компетенции на специалистите по кинезитерапия у нас е, че те трябва да включват:

- 1) възможност за самостоятелна работа;
- 2) снемане на кинезитерапевтична анамнеза и статус;
- 3) функционална оценка, съставяне и изпълнение на рехабилитационния план;

4) оценка на рехабилитационния потенциал на пациента преди и след приключване на лечението [6].

Днес все повече хора се доверяват на кинезитерапевта и тази професия става все по-популярна, позната и ефективна. От значение са не само образованието и професионалните умения на кинезитерапевта, но силно влияние за постигане на ефект от цялостния процес имат и личностните му качества, като човечност, емпатия и комуникативни умения. Кинезитерапевтът трябва да умее да установява диалог, базиран на доверие, за да може пациентът да споделя откровенно своя проблем. Това е така, защото кинезитерапията цели не само ускоряване на възстановителните процеси след преживени травми или операции, но тя следва да вдъхва у рехабилитирания сили, надежда и вяра в успешния край на процеса.

Лечението чрез движение се назначава от лекари и се изпълнява под ръководството на рехабилитатор.

Пациентът активно се включва в терапията, което повишава мотивацията и прави възстановяването му по-успешно и по-бързо, защото средствата на кинезитерапията действат не само общоукрепващо върху организма, но имат и доказано определен психотерапевтичен ефект.

Мястото на кинезитерапевта в общественото здраве е все още наболял въпрос, който очаква своя отговор. Визията в национален план налага насоченост в посока правно регулиране и др.

Кинезитерапевтичните процедури трябва да бъдат не само безопасни и полезни, но да имат и достъпен характер т.е. от една страна става въпрос за правилното им териториално разпределение в страната, а от друга за финансова достъпност. Освен налична и достъпна като цена, кинезитерапевтичната процедура трябва да е интересна и приятна, за да улесни рехабилитирания по време на често продължителния възстановителен процес.

Кинезитерапевтичните мероприятия следва да бъдат предваритено обмислени и добре планирани. Трябва всички действия да са целесъобразни и съобразени с предварителния план, но в същото време, при необходимост, да се извършват отклонения от предварителния план т.е. рехабилитационния план трябва да е гъвкав и адаптивен и да търпи преценка и корекция. Целта е интервенциите да са максимално ефективни и да се нагаждат индивидуално към пациента.

За съжаление, професията на кинезитерапевта у нас не е достатъчно оценена и платена. Съществува голяма разлика в заплащането в сектора, което води до „изтичане” на кадри в САЩ и Канада например, където годишния доход на тези специалисти е съответно от порядъка на 100 хиляди и 70-80 хиляди годишно. Заплащането у нас не е адекватно (500-600 лв.), с малки изключения. [12]

В България кинезитерапията не е на необходимото ниво като образование и професионална реализация. Не се проучва достатъчно кинезитерапията и не се прилагат достатъчно утвърдените и модерни успешни световни практики, както и не се очертават възможности за практическа работа на дипломираните специалисти.

Ако обобщим, актуалните проблеми в областта на кинезитерапията у нас са следните:

1. Лечението чрез движение се извършва невинаги от кинезитерапевт.
2. Все още не се усеща влиянието на пациента върху кинезитерапевтичната процедура.
3. Има какво още да се желае по отношение на индивидуалния подход в работата на българския кинезитерапевт.
4. Акцентът при кинезитерапевтичните процедури се поставя само на тяхната безопасност и полезност, като се игнорира значението и влиянието на интересния и приятен елемент, който се предполага, че трябва да притежават.
5. Липсва единство във формирането на професионалните компетенции на специалистите в сферата.
6. Мястото на кинезитерапевта в общественото здраве продължава да е наболял въпрос, който все още не е намерил своя адекватен отговор.

7. Недостатъчно е приложението на световно утвърдени кинезитерапевтични успешни процедури и намеси.
8. Професията на кинезитерапевта не е добре платена.

Заклучение

Кинезитерапията е неспецифичен терапевтичен фактор, с широк обхват от средства, който обединява всички форми на движението със цел постигане на максимална степен на подвижност, работоспособност, поддържане на здравословно тегло и психическо здраве. Разглежда се и като основно, и като алтернативно лечение, но години наред е подценяван метод за възстановяване у нас. Днес приложенията и ползите ѝ са многобройни, защото е утвърдено значението ѝ в борбата с временните и трайни дисфункции и с функционалните ограничения. За развитието на тези тенденции е необходимо включване на кинезитерапевтите в разработването и прилагането на националните, регионалните и международни здравни политики. Трябва да се създават условия за развитието на кинезитерапията като професия, образование и практика. От значение е сформирването на самостоятелни катедри по кинезитерапия към факултетите за обществено здраве на медицинските университети. Необходимо е местата, където се прилага кинезитерапията, да са равномерно разпределени из цялата територия на страната. За да се прекрати практиката с „изтичането“ на кинезитерапевти от страната следва да се утвърди мястото на кинезитерапевта в общественото здраве и не на последно място трудът му да е адекватно оценен и заплатен.

References:

1. Karaneshev, G. Teoriya i metodika na lechebnata fizkultura. S., 1991.
2. Mancheva, N. Lechebna fizkultura. S., 1964.
3. Natsionalna zdravna strategiya 2014-2020.
4. Natsionalna klasifikatsiya na profesiite i dlajnostite, 2011. Prilojenie 4 kam Zapoved №RD01-931/27.12.2010, izm. ot 01.01.2015.
5. Nenova, G. Evropeiskata perspektiva za kineziterapiyata v obshtestvenoto zdrave I balgarskite realnosti. Zdraven menidjmant, 2016.
6. Nenova, G. i dr. Obrazovaniето po kineziterapiya v Balgariya – problemi i nasoki za resheniya. Varnenski meditsinski forum, t. 5, br. 2, 2016.
7. Parizov, P. Rehabilitatsiya na litsa s fizicheski uvrejdaniya. S., 2002.
8. Popov, N. Modelat na nesposobnost – osnova na savremannata kineziterapiya. Nauchni trudove na Rusenskiya universitet, t. 48, seriya 8.1, 2009.
9. Slanchev, P. i dr. Rakovodstvo po kineziterapiya. S., 1973.
10. Delisa, J. A., G. M. Martin. Rehabilitation medicine: past, present and future. Rehabilitation medicine: principles and practice, 3rd ed., Lippincot-Raven Publishers, Philadelphia, 1998, 3-32.
11. Word for Physical Therapy. WCPT guideline for physical therapist professional entry level education. London, UK: WCPT, 2011.
12. www.lekar.bg/tag/кинезитерапия/