

ЕВРОПЕЙСКАТА ПЕРСПЕКТИВА ЗА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА В ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ И БЪЛГАРСКИТЕ РЕАЛНОСТИ

Г. Ненова

THE EUROPEAN PERSPECTIVE OF KINESIOTHERAPY IN PUBLIC HEALTH AND BULGARIAN REALITIES

G. Nenova

Резюме. С увеличаване на възрастта нарастват потребностите от рехабилитация при пациентите с множествени хронични заболявания. Значимостта на кадрите, предоставящи рехабилитационни грижи, налага ясна визия за тяхното образование. Целта на статията е да се анализира развитието на кинезитерапията като професия, образование и практика в контекста на европейския опит чрез систематичен обзор на документи, регламентиращи функционирането на кинезитерапевта в Европейския съюз и в България. Кинезитерапевтът в държавите членки на Европейския съюз е самостоятелен медицински специалист, който съставя и ръководи рехабилитационния план в болнични, доболнични и домашни условия. Българската реалност не предлага единна практика в обучението на тези специалисти, което ги поставя в неравностойно и конкурентно положение с лекарите физиотерапевти. Необходимостта от изясняване на ролята на кинезитерапевта в рехабилитационните грижи предполага уеднавяване на образованието и правомощията на съществуващите до този момент разнородни специалности, практикуващи лечение чрез движение. Адаптирането на тази медицинска специалност към европейската практика предполага изучаването ѝ да се извършва двустепенно (бакалавър и магистър) във висшите медицински училища.

Summary. Increasing again patients with multiple chronic diseases leads to increased needs for rehabilitation. The importance of staff providing rehabilitation care requires a clear vision for the eradication. Aim of the study is to analyse the development of kinesiotherapy as a profession, education and practice in the context of European experience through a systematic review of documents regulating the functioning of the kinezitherapist in the European Union and Bulgaria. The kinezitherapist in the Member States of the European Union leads rehabilitation in hospital, primary health and at home. The Bulgarian reality does not offer an integrated practice in the training of these professionals, which puts them at a disadvantage and in an uncompetitive situation when compared to doctors-physiotherapists. The necessity to clarify the role of the kinezitherapist in rehabilitation care involves the unification of education and the powers of the hither to existing disparities specialists practicing healing through movement. The adaptation of this medical specialty to European practice involves studying it be carried out in two stages (bachelor and master) in higher medical schools.

Key words: kinesiotherapy, public health, rehabilitative care

Въведение

Възможността на обществото да предостави дългосрочни рехабилитационни грижи с добро качество за всички, които се нуждаят от тях, следва да бъде приоритет на здравните и социални политики [6, 8, 9]. В контекста на икономическата и социална криза, подсилена от негативните демографски промени, осигуряването на достъпни и висококачествени медицински услуги за дългосрочна грижа за полиморбидните хронично болни, възрастните хора и хората с увреждания е един от ефективните инструменти за подобряване качеството на техния живот, както и за тяхното пълноценно включване в обществото [1, 2, 3]. Значимостта на кадрите, предоставящи здравни услуги в областта на рехабилитацията и кинезитерапията все повече нараства, което предполага ясна визия за тяхното образование – като степен и като профил на висшите училища.

Целта на статията е да анализира развитието на кинезитерапията като професия, образование и практика в контекста на европейския опит. Настоящото изследване се базира на методи, включващи систематичен обзор и анализ на документи, регламентиращи функционирането на кинезитерапевта в България и в страните от Европейския съюз.

Същност

Съвременната кинезитерапия е социално детерминирана и изхожда от позициите на нервизма и функционалната терапия. Терминът „кинезитерапия“ идва от старогръцки („kinesis“ – движение и „terapeo“ – лечение). Най-ранните писмени източници за произхода на кинезитерапията се свързват с Пиер Хенрик Линг, който основава Кралския централен институт по гимнастика през 1813 г. за масаж и упражнения и е признат за баща на шведската гимнастика. Ин-

ституционализирането на кинезитерапията е по времето на Първата световна война, когато са наемани жени за възстановяването на физическите функции на ранените войници. В „The Physical therapy review“ (САЩ) през месец март 1921 г. се появява първата научна публикация, посветена на кинезитерапията.

В научното познание понятието „кинезитерапия“ има спорно съдържание, но повечето автори се обединяват около определението: „лечение чрез движение“. Специалистите по кинезитерапия имат различни наименования в различните страни: „физиотерапевти“, „кинезиолози“, „рехабилитатори“, „ерготерапевти“ и др., макар че на практика те предлагат подобни медицински услуги [11, 18]. Най-често срещаната специалност в световната практика е „физиотерапевт“. Този медицински специалист 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 др. състояния, изискващи продължителна рехабилитация. В европейския опит физиотерапевтите са самостоятелни медицински специалисти със следните професионални компетенции [15, 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;
- ▶ повишат двигателната култура чрез обучение и поемане на доза отговорност от страна на пациента.

Обсегът на компетенциите на физиотерапевтите не е ограничен единствено до пряка грижа за пациента и включва: „застъпничество“ за пациента и неговото здраве; ангажираност в осъществяването на обществените здравни стратегии; развиване и осъществяване на здравните политики (регионални, национални и международни); управление на рехабилитационния процес; лидерство; менторство в рехабилитационния процес и разпределяне на задачите в екипа; научноизследователска работа и преподаване и др. [10, 16]. Самостоятелността в работата дава правната възможност на физиотерапевтите да водят рехабилитационния процес, без да се налага пациентите да са първично прегледани от друг специалист [12, 13, 14].

Анализът на ситуацията в България, обаче, показва липсата на единство във формирането на професионалните компетенции на медицинските специалисти, които практикуват лечение чрез движение. Вероятно това противоречие се дължи в известна степен и на неточния превод на понятието „физиотерапевт“ от англоезичната литература – на български е преведено като „физиотерапевт“. „Физиотерапевти“ в България са лекарите-магистри с придобитата специалност по Физикална и рехабилитационна медицина. В този смисъл термините „физиотерапевт“ (в европейски мащаб) и „кинезитерапевт“, „рехабилитатор“ (в България) не следва да се смятат за синоними на лекар физикален терапевт. В действителност в световната практика не съществува разделение на компетенциите на лекарите физиотерапевти и на нелекарите медицински специалисти (кинезитерапевти, рехабилитатори и др.).

В България съществуват няколко специалности, които се дублират помежду си в изпълнението на подобни или едни и същи дейности, прилагайки лечение чрез движение [4]. Разделението им в различни степени на образование (професионален бакалавър, бакалавър и/или магистър) допълнително спомага за неяснотата в единните държавни изисквания и не допринася за правното регулиране на специалността „кинезитерапия“ [5, 7]. Проучването на предлаганите специалности във всички български университети показва, че кинезитерапията („бакалавър“ и „магистър“) се изучава в немедицински висши училища, а рехабилитацията се предлага само като образователна и квалификационна степен (ОКС) „Професионален бакалавър“ в Медицинската колежи. Тези недостатъци в образованието рефлектират върху практическата работа на специалистите, които изпълняват методиките и техниките на лечението чрез движение. Висшите училища (медицински и немедицински), които обучават такива кадри, определят практическите им правомощия съобразно наименованието на специалността: рехабилитация, кинезитерапия, ерготерапия, трудотерапия, масаж и т.н. (Таблица 1).

Анализът на реалностите в България показва липсата на единство във формирането на професионалните компетенции на медицинските специалисти, които практикуват лечение чрез движение. Обучението по медицинската специалност „Кинезитерапия“ се извършва в немедицински университети – Националната спортна академия, Югозападния университет, Русенски университет и т.н. Нашият опит с рехабилитацията на пациенти с артроза болест в домашни условия показва, че специалистът по кинезитерапия заема водещо място в този лечебен процес, дотолкова, че се налага дори общопрактикуващият лекар да му отстъпи (макар и временно) лидерското си място. Водеща роля на кинезитерапевта като медицински специалист в рехабилитацията не само в дома на пациента, а и в доболнични и болнични условия, предопределя неговите професионални компетенции, като предполага и известна самостоятелност в практическата му работа в контекста на европейския опит.

Таблица 1. Сравнителна характеристика на специалностите и професионалните им компетенции

Специалност	Образование и професионални компетенции
Кинезитерапевт	<ul style="list-style-type: none"> • специалист с медицинско образование, с ОКС „бакалавър“ и ОКС „магистър“; • разработва рехабилитационни програми по направление от лекар физиотерапевт и ги изпълнява; • поставя диагноза в областта на кинезитерапията чрез подходящи инструменти за оценка; • подпомага подобряването на функционалния капацитет; • прави оценка на напредъка; • инструкции, демонстрации и наставничество на терапевтични техники и поведение, за възстановяване, поддържане и подобряване на функционалните способности;
Кинезиолог	<ul style="list-style-type: none"> • специалист с медицинско образование, с ОКС „магистър“; • извършва оценка на обема на движение; • спомага за повишаване на производителността на труда чрез намаляване на функционалния дефицит; • подпомага рехабилитацията, профилактиката и управлението на двигателните нарушения; • обучава в общите дейности от ежедневния живот.
Рехабилитатор	<ul style="list-style-type: none"> • специалист с медицинско образование, с ОКС „професионален бакалавър“; • участва активно при осъществяването на медицинската рехабилитация; • работи по назначение на лекаря по физикална и рехабилитационна медицина/лекуващ лекар; • участва в разработването на рехабилитационната програма на болния и я изпълнява; • работи в екип с лекаря, педагога, социалния работник, медицинската сестра, акушерката, логопеда, психолога, ерготерапевта и др.
Рехабилитатор-ерготерапевт	<ul style="list-style-type: none"> • специалист с медицинско образование, ОКС „бакалавър“; • съчетава професионалните компетенции на рехабилитатора и на ерготерапевта.
Ерготерапевт	<ul style="list-style-type: none"> • специалист с медицинско образование, ОКС „магистър“; • осигурява възможност за максимална степен на самостоятелност и независимост на лица с физически, умствени и емоционални отклонения; • развиване, възстановяване, поддържане или промяна в ежедневните им умения за самообслужване и трудова дейност; • спомага за компенсирането на трайно увредени функции чрез адаптиране на домашната, училищната и работната среда; • осигурява пълно и активно участие на хората с увреждания в обществения живот; • прилага холистичен подход към пациента, който е поставен в центъра на терапевтичния процес.
Трудотерапевт	<ul style="list-style-type: none"> • специалист с медицинско образование, ОКС „бакалавър“; • прилага трудовите дейности с лечебна цел с особено широко приложение при пациенти с проблеми с психическото здраве; • извършва дейности за социално-трудова адаптация.

Заключение

Бързото възстановяване и намаляване на риска от инвалидизиране на пациентите с множествени хронични заболявания предполага изясняване на мястото на кинезитерапевта като професионални компетенции и образование. Сравнителният анализ на българския и европейския опит показва липса на единно становище у нас, което да обедини всички налични специалисти, практикуващи лечение чрез движение и да дефинира техните професионални компетенции в посока на самостоятелни медицински специалности по кинезитерапия. Мястото и ролята на кинезитерапевта в рехабилитационните грижи е една потребност, която предо-

предела спешната необходимост от уеднаквяване на образованието и правомощията на съществуващите до този момент разнородни специалности в медицинските и немедицински висши училища в България.

Адаптирането на тази медицинска специалност към европейската практика предполага изучаването ѝ да се извършва двустепенно (бакалавър и магистър) във висшите медицински училища. Подобно правно регулиране на професията „Кинезитерапевт“ би спомогнало за преодоляване на противопоставянето ѝ на лекарите по физикална медицина с оглед ефективното функциониране и на двата вида специалности в условията на развитие на общественото здраве. Необходимо е ситуацията в България да се оцени и промени, като се има предвид европейския и световен опит.

Библиография

1. Атанасова, Е., Е. Мутаfoва, Т. Костадинова. Ефект на потребителските плащания върху домакинските бюджети в България. Scripta Scientifica Medica, 43, 2011, 4, 296.
2. Манчева, П., М. Делийски, Ст. Попова, Р. Алахвердян. Полиморбидността – смисъл, същност и значение в общата практика. Социална медицина, 2004, 4, 17-18.
3. Национална здравна стратегия 2014–2020.
4. Национална класификация на професиите и длъжностите, 2011. Приложение 4 към Заповед №РД01-931/27.12.2010, последни промени от 01.01.2015.
5. Парашкевова, П., Ив. Стефанова, Ст. Миндова. Практическото обучение по кинезитерапия – основа за изграждането на специфични компетенции. Научни трудове на РУ „А. Кънчев“, 2009, 48(8.1):136-138.

6. Петрова, Г. Стратегически избор и модел за интегрирани здравни грижи в Република България в условията на членството ни в Европейския съюз, дисертационен труд, Варна, 2012.
7. Тодорова, Л. Процесът TUNING и подготовката на обучението по ерготерапия в Русенския университет. I национална научна конференция с международно участие „Качество на висшето образование 2006“. Сборник научни доклади, Русе, РУ „Ангел Кънчев“, 1-2 юни, 2006.
8. Barr V., S. Robinson, B. Marin-Link, L. Underhill, A. Dotts, D. Ravensdale. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly, 2003, 7(1):73–82.
9. DeLisa, J. A., G. M. Martin. Rehabilitation medicine: past, present and future. Rehabilitation medicine: principles and practice, 3rd ed., Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1998, 3-32.
10. Glover-Takahashi, S., D. Millette, T. Eftekari. Exploring Issues Related to the Qualification Recognition of Physical Therapists. World Confederation for Physical Therapy, London, 2003.
11. International standard classification of Occupations, 2008, ISCO-08.
12. Word Confederation for Physical Therapy. Ethical principles. London, UK: WCPT, 2011.
13. Word Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Direct access and patient client self-referral to physical therapy. London, WCPT, 2011.
14. Word Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Ethical responsibilities of physicaltherapists and WCPT members. L., WCPT, 2011.
15. Word Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for physical therapist professional entry level education. London, UK: WCPT, 2011.
16. World Confederation for Physical Therapy. Policy Statement: Regulation of the physical therapy profession. London, UK: WCPT, 2011.
17. World Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for the development of a system of legislation/regulation/recognition of physical therapists. London, UK: WCPT, 2011.
18. www.wcpt.org.

Автор

ас. *Гергана Ненова*, магистър-кинезитерапевт, гр. Варна, бул. „Христо Смирненски“ №1, МБАЛ „Св. Марина“ ЕАД-Варна, отделение по ортопедия и травматология на МБАЛ „Св. Марина“ – Варна, УНС по рехабилитация, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, МК, e-mail: geri_nenova@yahoo.com

ИСТОРИЯ НА МЕДИЦИНАТА

НЕДЕЕСПОСОБНОСТТА В ЗАКОНИТЕ – ОТ ЮСТИНИАН ДО НАШИ ДНИ

А. Джорджанова, П. Манчева

Въведение

Актуалността на научните изследвания, отнасящи се до историческите аспекти на недееспособността, е в пряка връзка със свободата на личността и с потребността от усъвършенстване на медико-социалната помощ за уязвимите групи от населението – децата, инвалидите и възрастните хора. Невъзможността на недееспособните лица за социална адаптация са предизвиквали двойствени чувства в различните исторически периоди от развитието на човечеството – жалост и състрадание от една страна и възползване от тяхната безпомощност с цел материални облаги – от друга. За да бъде правилно разбрана, тази правна категория трябва да бъде свързана с икономическите отношения, които я обуславят – от римското право до съвременното законодателство. Само по този начин може да се преодолеят неясните моменти и противоречията, които откриваме в разпорежданията на Дванадесете таблици, интерполациите на Трибониан и мощниците в Юстиниановата кодификация. Прегледът на законите, регулиращи дееспособността, разкрива стремежа на законодателя да се предостави защита. Тази защитна функция е насочена към лицето с увреждане, третите лица и цялото общество.

Римското частно право представлява една развита и съвършена в техническо отношение правна система, която

е оказала огромно влияние върху по-нататъшното развитие на правото. От едно примитивно право, което урежда отношенията на гражданите в малка държава-град, римското право се превръща в разгърната правна система, регламентираща стокообмена на робовладението в неговия разцвет. В римското право намираме първите опити за правно регулиране на института на недееспособността.

Целта на статията е да изследва и представи развитието на института на недееспособността от римското право до съвременното право на Европейския съюз. Методите са исторически преглед и документално-съдържателен анализ на данни от научната литература и нормативните актове.

Същност

Недееспособността в древен Рим и Западна Европа

Институтът на дееспособността в римското право е бил определян като „способност да се осъществяват правата и да се изпълняват задълженията“ [16, 19]. Не всички граждани на Рим са били дееспособни. За недееспособни се признавали душевноболните, слабоумните и жените и на всички тях се е определял попечител. Лицата от женски пол са били с ограничена правоспособност, независимо от навършването на пълнолетие и през целия си живот се намирали под пос-