

Fakultet za fizičku kulturu, Klinika za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju,
KB »Dr M. Stojanović«, Zagreb

ELEMENTI FIZIKALNE MEDICINE I KINEZITERAPIJE KAO SASTAVNI DIO KINEZIPROFILAKTIČKOG, FIZIJATRIJSKOG I RADNO REHABILITACIJSKOG DJELOVANJA U REKREACIJI

Krešimir Štuka, Ivo Jajić

Pregledni članak

Intenzivnija suradnja zdravstvenih radnika na području kineziološke rekreacije otpočela je u SRH pred cca 15 godina u istraživačkom radu Fakulteta za fizičku kulturu pod vodstvom prof. dr M. Relac: »Metode i efikasnost aktivnog odmora u klimatskim centrima kao faktor radne sposobnosti«. U ovom istraživanju 1970. godine prvi puta je primjenjena kompleksna baterija medicinsko-dijagnostičkih i funkcionalnih postupaka, na temelju koje su se učesnici razvrstali u pet stupnjeva zdravlja, kao osnov za programiranje sadržaja sportske rekreacije i valorizaciju efekata provedenih aktivnih odmora. Već u ovoj suradnji pojavljuje se gotovo slučajno balneološki utjecaj termalne vode Daruvara kao dodatni sanogeni utjecaj provedenim i primarno djelujućim kineziološkim sadržajima. Od tada se sa sinergističkim djelovanjima fizikalnih agensa i tjelesnog vježbanja postavljaju i realiziraju svi programi medicinski programiranih aktivnih odmora (MPAO), od prve koncepcije Fakulteta za fizičku kulturu Sveučilišta u Zagrebu u studiji »Organizacionokadrovska, programska i ekonomska osnova djelovanja sektora za zdravstveno-sportsko rekreacioni turizam u HTP Plava Laguna Poreč« (Relac, M., K. Štuka 1972), do danas.

Razlozi za takav pristup leže u činjenici da se sadržaji kineziološke rekreacije, uostalom kao i cjelokupni život, ne mogu odvijati izolirano od čovjekove prirode i umjetno stvorene fizikalne okoline. Niz promjena vanjske okoline rezultira različitim promjenama u koloidnim otopinama, koje su osnov života. Navedene i ostale promjene pod utjecajima fizikalnih operatora mogu biti negativnog (morbogenog) ili pozitivnog (sanogenog) djelovanja po ljudski organizam. Vjerojatno je utjecaj sunčanih zraka, poznat još iz doba »oca medicine« Hipokrata, jedan od najviše izučavanih i široko korištenih blagotvornih utjecaja na organizam. Međutim, prirodna insolacija ovisi o geografskom položaju mjesta, godišnjem dobu i »hiru« prirode te ne možemo uvijek i sa sigurnošću računati na njene sanogene utjecaje. Iz tih razloga su se razvojem znanosti i tehnike razvili uređaji koji emitiraju upravo one pozitivno djelujuće elektromagnetske valove koje sadrži i sunčana svjetlost. Ovakvim i sličnim aparatima za emitiranje određenih sanogenih fizikalnih stimulusa mogla je otpočeti era planskog, svakodnevnog

nog rutinskog korištenja fizikalnih operatera u cilju povećanja određenih funkcionalnih sposobnosti organizma te zaštite i unapređenja zdravlja u cjelini.

Od posebnog je značaja da istovremena primjena pozitivno djelujućih fizikalnih agensa i tjelesnog vježbanja ne daje kao rezultantu prosti zbroj oba djelovanja. Ukupni pozitivni efekt je kod ispravne primjene, zbog međusobnog sintetičkog djelovanja, uvijek veći od efekta sume pojedinačnih djelovanja kineziološkog i fizikalnog operatera, a sastoji se u poboljšanju opće reaktivnosti organizma, termoregulacije i ostalih regulativnih mehanizama te povećanju različitih funkcionalnih sposobnosti organizma.

Danas se u široko rasprostranjenjnoj praksi medicinski programiranih aktivnih odmora obavezno u sastavu programa primjenjuju, osim utjecaja prirodnog ambijenta, različite procedure s toplim vodama (plivanje, kupanje i vježbanje u bazenu, boravak u kadi i pod tušem), sauna, zračenje ultravioletnim i infracrvenim svjetlosnim zrakama, ručna masaža, vibromasaža te hidromasaža. U nekim centrima, koji za to imaju uvjete primjenjuju se sporadično i neki drugi fizioprofilaktički i štaviše fizioterapeutski postupci. Primjena potonjih je izvan klasične koncepcije MPAO te je dovela do određenih različitih stavova o stručnoj i pravnoj opravdanosti njihove primjene u sklopu medicinski programiranih aktivnih odmora.

Obzirom da neujednačenost stavova stvara određene dileme i probleme u realizaciji MPAO kao oblika specifične zdravstvene zaštite radnika, koji je uvjet za rad i proizvodnju, namjera je autora ovog rada da pridonesu razjašnjenju ovog problema i ujednačavanju stavova te realizacije medicinski programiranih aktivnih odmora u svim postojećim i budućim centrima. U članu 28. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju SRH koji govori o specifičnoj zdravstvenoj zaštiti radnika kao uvjeta za rad i proizvodnju u točki 10. se kaže da u specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika spada »provođenje organiziranog aktivnog odmora radnika uključujući mjere i postupke za ranu rehabilitaciju«, dok se u članu 56. između ostaloga navodi »Radnici u organizaciji udruženog rada, drugoj samoupravnoj organizaciji i zajednici mogu samoupravnim općim aktom utvrditi pravo na naknadu osobnog dohotka radnika u vrijeme dok se nalazi na organiziranom aktivnom odmoru ili na radnoj rehabilitaciji na koju ga je uputila njegova radna organizacija«. U istom članu se kasnije citira da pravo na upućivanje »na organizirani aktivni odmor odnosno na radnu rehabilitaciju« imaju »radnici koji rade na radnim mjestima s posebnim uvjetima rada i radnici kojima je narušeno zdravstveno stanje«.

Neusklađenost stavova 28 i 56 te njihova nedovoljna preciznost u cjelini dovodi u praksi do dilema i raznih tumačenja jer je očigledno da se na MPAO i ranu rehabilitaciju upućuju i radnici oštećena zdravlja. Obzirom da je specifična zdravstvena zaštita uvjet rada i proizvodnje nesumljivo je da poboljšanje oštećenog zdravlja predstavlja uvjet za rad i proizvodnju kao i povišenje funkcionalnih sposobnosti organizma. Međutim, poboljšanje oštećenog zdravlja se postiže kompleksnim pristupom terapijskih i rehabilitacijskih tretmana a njegovo dalje pogoršanje ili čak unapređenje se sprečava i provodi različitim profilaktičkim procedurama pa iz svega proilazi, da ukoliko ne dođe do izmjene navedenih i ostalih članova Zakona o zaštiti zdravlja, treba usaglasiti stavove i dalji razvoj MPAO na postojećim zakonskim postavkama.

Druga dilema u praksi proizlazi iz činjenice da neke medicinske struke pod pojmom rane rehabilitacije (npr. neki kardiolozi) podrazumijevaju rehabilitaciju neposredno («rano») nakon zdravstvenog incidenta (npr. nakon infarkta srca) te bi iz tih i drugih razloga neujednačenosti termina na ovom području trebalo što prije ujednačiti stavove o stručnim terminima i nazivima pojedinih djelova rehabilitacije. U prilog rasčišćavanju ove problematike donosimo neke istaknute stavove i vlastita gledišta relevantna za sagledavanje cjelokupnog rehabilitacionog procesa.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO) »Rehabilitacija je socijalni proces, koji objedinjuje profesionalno i medicinsko nastojanje kao i nastojanje državnih i privatnih osiguranika na ponovnom uspostavljanju potpune neovisnosti tj. na ograničenju ili poboljšanju nastalih oštećenja kod osoba kod kojih je sposobnost savladavanja opterećenja ograničena zbog bolesti, pronađenog nedostatka i ozljeda te njihovih posljedica«.

Od brojnih autora koji definiraju ovo područje navodimo samo dvije šire prihvaćene definicije. Kessler smatra: »Rehabilitacija je osposobljavanje za najveću moguću fizičku, mentalnu, profesionalnu i ekonomsku sposobnost za koju je pojedinac u nekom momentu dorastao«. Prema Renkeru: »Rehabilitacija je usmjerena djelatnost u medicinskom, pedagoškom, socijalnom, profesionalnom i ekonomskom pogledu na uspostavljanju, ponovnom formiranju i održavanju sposobnosti čovjeka da uzme aktivno učešće u društvenom životu«.

Već iz ovih definicija je nedvojbeno da je rehabilitacija vrlo kompleksan pojam i da se proteže kroz ukupni životni vijek svakog pojedinca. Naime, ukoliko je rehabilitacija osposobljavanje za najveću moguću sposobnost onda ona započinje daleko prije nastanka bilo kakvih bolesti i oštećenja te se primjenjuje već i kod nedovoljnih funkcionalnih sposobnosti ili umanjenog stupnja zdravlja, koje je još uvijek u fiziološkim granicama. Isto tako rehabilitacija traje do samog kraja života jer se bazira i na određenim poboljšanjima bolesnih stanja bez obzira na njihovu težinu. Obzirom da se u praksi uvriježila podjela rehabilitacije iz aspekta radne sposobnosti na primarnu (bolest postoji ali je očuvana sposobnost za rad), sekundarnu (bolest je dovela do privremene nesposobnosti za rad) i tercijarnu (bolest je dovela do trajne nesposobnosti za rad ali su osnovne fiziološke aktivnosti održane), potrebno je ovu podjelu dopuniti iz aspekta čitavog životnog vijeka sa tzv. »preprimarnom« rehabilitacijom, koja počinje prije nastanka bilo kakve bolesti ili oštećenja ukoliko sposobnosti organizma nisu najveće moguće kakvima je pojedinac dorastao, te »posttercijarnom« rehabilitacijom kod bolesnika sa trajnom nesposobnošću za rad kada nisu održane niti osnovne fiziološke funkcije te je bolesniku potrebna tuđa pomoć.

Iz svega proizlazi da svaka od navedenih kategorija rehabilitacije, po vremenu kada se ona počinje provoditi, može biti ubrzo po nastanku određenih uvjeta (rana po nekim autorima) ili se može provoditi u daljnjim fazama nekog nastalog stanja.

Mišljenja smo da bi iz terminoloških i ostalih razloga podjela rehabilitacije trebala biti slijedeća:

1. primarna (zdrave osobe bez bolesti i oštećenja sa smanjenjima određenih sposobnosti odnosno manjim stupnjem zdravlja)

2. sekundarna (postoji bolest ili oštećenje ali je radna sposobnost očuvana)
3. tercijalna (postoji bolest ili oštećenje uz privremenu radnu nesposobnost)
4. kvartarna (postoji bolest ili oštećenje uz trajnu radnu nesposobnost)
 - a) ukoliko su osnovne fiziološke funkcije za samostalnu prehranu, kretanje itd. barem djelomično održane te nije potrebna tuđa pomoć
 - b) osnovne fiziološke funkcije su narušene do te mjere da je potrebna veća ili manja tuđa pomoć.

Ukoliko bi prihvatili navedenu klasifikaciju kompleksnog rehabilitacijskog procesa usudujemo se tvrditi da je pod pojmom »rana rehabilitacija« u Zakonu o zaštiti zdravlja i socijalnom osiguranju SRH smatrana primarna i sekundarna rehabilitacija (po našem prijedlogu terminologije) tj. stanje prije bilo kakve bolesti i stanja s određenim bolesnim stanjima gdje je radna sposobnost održana. Samo na taj način može se tumačiti rehabilitacija kao sastavni dio MPAO a time i specifične zdravstvene zaštite radnika, te stav zakonodavca da troškovi MPAO mogu teretiti materijalne troškove organizacija udruženog rada.

U cjelokupnom sagledavanju navedene problematike proizlazi da se na MPAO mogu upućivati samo radnici koji se s očuvanim radnim sposobnostima nalaze na svojim radnim mjestima, a nikako oni koji su zbog poremećaja zdravlja na bolovanju te im je iz tih razloga potrebno liječenje i odgovarajuća rehabilitacija. Iz svega navedenog, kao i iz naučnih i stručnih spoznaja o medicinski programiranim aktivnim odmorima proizlazi da postoje opravdani razlozi za daljim proširenjem fizijatrijskih tretmana i uvođenjem terapijskih postupaka (ali ne i ciljeva) u metodologiju provođenja MPAO uz uvjet da za isto postoje vjerodostojni znanstveni i stručni dokazi, uz uvjet da se cjelokupni MPAO u svojoj koncepciji i znanstveno utvrđenoj opravdanosti ne dovede u pitanje. Ovo se osobito odnosi na relativno starije dobne uzraste i radnike manjeg stupnja zdravlja, kojih u praksi upućivanja na MPAO ima najveći broj, za koje je indicirana primjena većeg kvantuma fizijatrijskih i kineziterapeutsko-rehabilitacijskih procedura na račun smanjenja sportskorekacijskih aktivnosti. Prema tome u pitanju je samo izbor i omjer sportsko rekreacijskih sadržaja i kineziterapeutskih te fizijatrijsko rehabilitacijskih postupaka, koji se prema metodologiji MPAO određuju sukladno pripadnosti nekoj od programsko-intenzivetskih grupa. Međutim, nedopustivo je da pod firmom MPAO uz terećenje materijalnih troškova uđu »na mala vrata« različiti kurativni postupci pojedinih definiranih oboljenja za koje postoje specijalizirane ustanove, drugi ciljevi metodološki postupci drugačije educirani kadrovi, te konačno i drugi izvori financiranja.

Isto tako je nedopustiva zloupotreba zakonom datih beneficija da se radnike upućuje na razne oblike aktivnih odmora ukoliko nije (prema čl. 28 točka 9) izvršeno od strane zdravstvenih radnika »ocjenjivanje potrebe upućivanja radnika na provođenje organiziranog aktivnog odmora radi unapređivanja zdravstvene i radne sposobnosti radnika te utvrđivanje njegovog zdravstvenog stanja nakon provedenog odmora«. Za ocjenjivanje potreba upućivanja, koja se mora provoditi u okviru specifične zdravstve-

ne zaštite radnika kao dijela primarne zdravstvene zaštite potrebno je izraditi određenu u praksi primjenljivu metodologiju sa stručno zdravstvenim osnovama i uputstvom za cjelokupno provođenje. Utvrđivanje zdravstvenog stanja nakon provedenog odmora vrši se danas rutinski već u centrima za medicinske programirane aktivne odmore a specifična zdravstvena zaštita dobiva potrebnu dokumentaciju, koju po potrebi može proširiti praćenjem ostalih zdravstvenih pokazatelja.

VIJESTI

9—11. listopada 1986.

91. kongres njemačkog udruženja za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju

Informacije: Prof. dr. R. Fricke, Department of Rheumatology, St. Josefs Hospital, 4415 Sendenhorst, W. Germany

2— 4. travnja 1987.

5. alpsko-jadranski simpozij za međunarodnu suradnju u rehabilitaciji

Informacije: Sekretariat des Symposiums Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Kongressbüro, Adalbert-Stifter-strasse 65, A-1200 Wien, Austrija

14—16. travnja 1987.

2. ergonomski simpozij

Informacije: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zadru, Obala M. Tita 2, 57000 Zadar

21—24. listopada 1987.

5. kongres liječnika za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Jugoslavije

Informacije: prof. dr M. Štefančić, Zavod za rehabilitaciju invalidov, Linhartova 51, 61000 Ljubljana

5— 9. rujna 1988.

16. svjetski kongres za međunarodnu rehabilitaciju

Informacije: Japanese Society for Rehabilitation of the Disabled, 3-13-15, Higashi Ikebukuro, Toshima-ku, Tokyo 170, Japan