

Моделът на неспособност – основа на съвременната кинезитерапия

Николай Попов

The disablement model – basis of the recent physical therapy. The disablement model has been developed by Saad Nagi (1969). It presents the impact of the diseases and traumas on individual and social level, concerning the developing dysfunction. This model is basically different from the medical model, used by the physicians.

The paper presents the four basic components of the disablement model and the place of the physical therapy in their treatment. This way of thinking make the distinction between the medical treatment and physical therapy and outlines its aims.

Key words: model of disablement, physical therapy, function, health

ВЪВЕДЕНИЕ

Световната здравна организация (СЗО) дефинира здравето като състояние на пълно физическо, психологическо и социално благополучие, а не непременно на липса на заболяване или телесен недъг. [1] Здравето може да се възприеме като състояние, обединяващо психологическите и социални приоритети, наред с физическото състояние. Това обяснение има философско значение, но не е достатъчно прецизно като фундамент за клинична работа. Затова Saad Nagi (1969) [2] разработва модел, обясняващ здравния статус и взаимоотношението между отделните термини, използвани за уточняване на здравния статус. Това е моделът на инвалидност, който представя отражението на заболяванията и травмите на личностно и социално ниво с оглед развиваната дисфункция. Този модел е коренно различен от класическия медицинският модел, който е насочен към лечението на различни диагнози с фармацевтични и хирургични методи. Той подчертава функционалния и здравословен статус на индивидите, както и насоките за подобряване на тези аспекти. Модела има четири основни елемента, които описват последователността на загуба на дееспособност:

заболяване (активна патология) – увреда (разстройство) – нарушена функция – инвалидност

Моделът на неспособност очертава рамката, в която трябва да бъдат осъществени шестте елемента на кинезитерапевтичната практика – **изследване, анализ, диагноза, прогноза, интервенция и отчитане на резултатите.**

ИЗЛОЖЕНИЕ

Заболяването (активната патология) е първият елемент от модела. Той отразява нарушаването на клетъчната функция от биомеханична, физиологична и анатомична перспектива и предизвиква определени признаци и симптоми, които се отчитат при медицинската диагноза и определянето на самото заболяване. От гледна точка на хомеостазата активната патология се определя от два фактора: 1) активна заплаха за нормалното състояние на организма и 2) активна вътрешна реакция на организма за преодоляване на заплахата, която може да бъде допълнена от активна външна лечебна намеса. Заболяването може да бъде последствие от инфекция, травма, обменни нарушения, дегенеративен процес и др. Патологията обаче може да не е последствие само от една медицинска диагноза. В много случаи заболяването е резултат от развитие на няколко медицински състояния. Така се предизвикват множество симптоми, които се комбинират в типични и атипични синдроми. Например остеоартрита, който не винаги е активен и прогресиращ процес, е по-скоро сбор от патологични състояния, а не отделна медицинска диагноза.

Лечението на това ниво е от компетенцията на лекар, тъй като естеството му е най-често фармакологично или хирургично. Въпреки това обаче кинезитерапевтите трябва да са запознати с характерните симптоми, за да могат да водят адекватен диалог с лекарите и да могат да проследяват състоянието на пациента и развитието на евентуални усложнения в ежедневието си дейност. Синдромите на претоварване на горния крайник, като напр. *impingement syndrome*, са типичен пример за симптоми, с които кинезитерапевта трябва да е запознат. Кинезитерапевтите също така трябва да са запознати с изследването на патологиите, свързани с постоперативните състояния. Асептичната реакция от оперативната травма не е патология, но също предизвиква характерни симптоми и нарушава функцията. Например пациент с проведено артроскопско възстановяване на ротаторния маншон няма вече характерните симптоми за медицинската диагноза руптура на маншона, а има симптомите на следоперативна възпалителна реакция. Затова в този елемент от модела освен конкретните заболявания (активни патологии) се включват и всички състояния (синдроми, лезии), които предизвикват дисфункции.

Увредата е нарушаване на анатомичната, физиологичната и психологичната структура и функция на ниво органи и системи. Анатомична увреда е например загубата на пръст или крайник. Физиологична увреда е болката, ограничаването на ставната подвижност или намаляването на мускулната сила. Психологична увреда е нарушаването на когнитивните способности и др. Тези увреди могат да бъдат временни (напр. последствията от травма без усложнения) или постоянни (най-често последствия от структурни увреди).

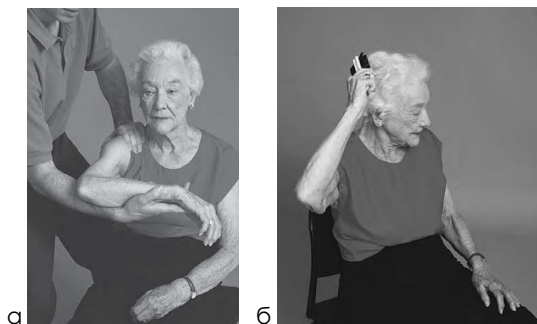
Кинезитерапията работи предимно с увредите на мускулно-скелетната, нервно-мускулната, кардио-респираторната системи и кожата. Най-често се касае за ограничена подвижност, намалена сила, намален аеробен капацитет, формиране на cicatrices. В много случаи временните или трайни дисфункции са следствие от конкретно заболяване и имат конкретна медицинска диагноза, а в други имат неясен произход. Например нарушената стойка не е конкретно заболяване и най-често не е следствие от такова, но последствията свързани с мускулния дисбаланс и болковите оплаквания са основните увреди, които могат да бъдат установени при клинично изследване. Някои дисфункции са вторични, т.е. те са следствие от други дисфункции. Например една ставна контрактура и намаленото двигателно ангажиране на крайника ще предизвикат постепенно развитие на мускулна слабост. В този случай намалената мускулна сила не е пряко следствие от конкретната патология, а е следствие от първичната дисфункция, която е предизвикана от патологията.

Кинезитерапевта участва в отчитането, качествено и количествено измерване на симптомите и идентифицирането на нивото на увреда - напр. установяване на нивото на мускулна слабост, ограничаването на физиологичната и аксесорна подвижност, болката, постуралните деформации и др.. Класифицирането на клиничните белези и симптоми на първични и вторични дава възможност функционалния анализ да очертае последователността на развитие на дисфункцията, както и да разкрие първоизточника на проблемите. По този начин лечението може да се насочи към установяване на етиологичният фактор, а не да потиска симптоматично вторичните дисфункции.

Функционалните ограничения отразяват отклоненията от нормалния стереотип на извършване на различни, характерни за индивида двигателни действия (ставане, сядане, ходене, бягане, качване и слизване по стълби), без да се имат предвид условията и начина му на живот. Функцията е отражение на поведението, а не е анатомично или физиологично състояние. Ограничения във функционалния статус не бива да бъдат идентифицирани със заболяване или

увреда, които касаят само дисфункцията на определен орган или система и предизвикват определени симптоми. Правилното разграничаване между увредата и нарушената функция е в основата на правилното провеждане на кинезитерапевтичния процес, преминаващ през изследване, анализ, диагноза, прогноза и лечение. Функцията може да бъде разглеждана и анализирана в три основни аспекта – физикален, психологически и социален аспект.

Физикалната функция се отнася до тези сетивно-двигателни умения, които позволяват на индивида да изпълнява ежедневните двигателни дейности като ставане от леглото, ходене, качване по стълби и т.н. Кинезитерапевтите работят най-често именно с тази категория дисфункции, изследвайки пациента и прилагайки съответното лечение. Например достигането на обекти над нивото на рамото е характерен проблем за хора с раменни патологии (фиг. 1.). Затова те не могат да изпълняват такива функции като хранене, ресане, обличане на фланелка. Тези функции, свързани със самообслужването се наричат **основни ежедневни дейности**. По-сложните функции, които дават възможност на индивида да поддържа социалното си съществуване се наричат **инструментални ежедневни дейности**. Такива са способностите за готвене, пазаруване, почистване на дома, шофиране и др.



Фигура 1. При синдром на субакромиално притискане (impingement syndrome) се предизвиква тендинит на ротаторния маншон (патология). Това води до ограничена и болезнена подвижност в рамото (увреда – а) и влошена способност за самообслужване (дисфункция – б).

Психологическа функция

Психологическата функция крие два аспекта – ментална и емоционална. Менталната функция касае интелекта и когнитивните способности на индивида и обхваща компоненти като инициативност, внимание, концентрация, решаване на проблеми, отсъждане. Емоционалната функция обхваща способността за справяне със стресиращите фактори и конфликти, възникващи в битовата и социалната среда. Тук спадат качества като самоуважение, отношение към собственото тяло, възбуденост, депресия, справяне с промени и др.

Социалната функция касае способността на индивида да се справя със социалната си роля и задължения. Социалната функция се определя от социалната активност като участие в рекреативни мероприятия, участия в клубове по интереси, социални контакти като телефониране или посещения на приятели и роднини, както и социалната роля, определена от битовия и професионалния статус на индивида.

Въпреки, че кинезитерапевтите се занимават с възстановяване на физиологичната функция, те трябва да имат предвид конкретната социална роля на

пациента като съпруг, родител, работник, спортист-аматьор и т.н. Всяка от тези роли изисква определени физически качества, умения и навици, към възстановяването, на които трябва да е насочена кинезитерапевтичната програма. Двигателните умения и навици, необходими за спорта, работата и свободното време, които се възстановяват с кинезитерапия, възстановяват не само физиологичната, но подобряват и социалната функция.

Трябва винаги да се има предвид, че увредата не води пряко до определена дисфункция. При една и съща степен на ограничена подвижност някои хора изобщо не могат да извършат определена дейност, докато други се справят много добре, използвайки компенсаторни механизми или помощни средства.

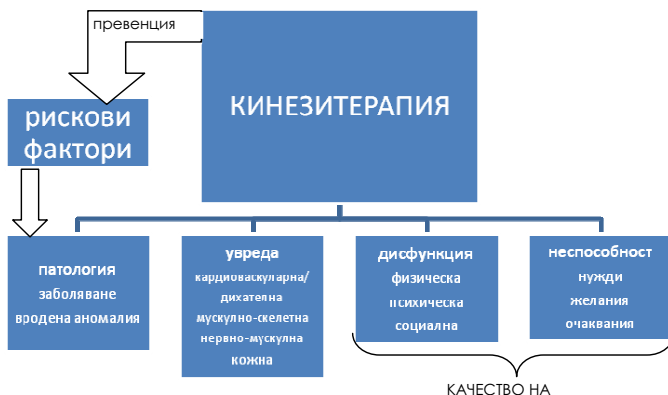
Неспособността (инвалидността) включва широк кръг от двигателни дисфункции, които засягат способностите на индивида да извършва определени дейности в условията на своята битова и трудова среда и затрудняват социалната му роля на съпруг, студент, работник, родител и т.н. Например ако пациента не разполага с необходимите помощни средства той не би могъл да се храни при определени промени в мускулно-скелетната система. Но ако той е снабден с помощни средства и е обучен да си служи с тях той ще може да се храни, въпреки функционалния дефицит. Затова нетрудоспособността и инвалидността се определят индивидуално в зависимост от условията на бит и труд, както и от персоналните нужди на индивида.

Неспособността се определя като несъответствие между физическите възможности на индивида и възможностите, които той нормално би трябвало да има според разбиранятия на обществото. Тя се дължи на трайни дисфункции, които не могат да бъдат преодолен и компенсирани така, че индивида по някакъв начин да отговори на изискванията на обществената си роля. Тъй като схващанията за „нормално“ се променят при различните общества, то термина инвалидност е социално определен.

ИЗВОДИ

Много фактори могат да повлияят на взаимовръзката между заболяването, увредата и дисфункцията. Хора с еднакви заболявания и увреди могат да имат различни дисфункции, поради различната реакция към лечението (терапевтичен отговор). Освен това в много случаи, въпреки че не успява да изпълни трудовите и битовите си дейности по възприетия за нормален начин, индивида успява с помощта на компенсаторни механизми и помощни средства да изпълнява своята социална роля. Тъй като изискванията на различните общества към индивида са различни, то при работата си за възстановяване на неговата независимост и трудоспособност кинезитерапевтът трябва да има предвид социалната, културна и религиозна среда, в която работи индивида. Оценяването на функционалните възможности може да помогне при избора на подходяща работа, която той може да изпълнява. По този начин се намалява степента на инвалидност и зависимост. Също така оценяването на функционалния дефицит е предпоставка за избор на подходящи помощни средства, които да разширят кръга от възможните за изпълнение дейности.

Така описаният модел е база за правилна функционална диагностика и правилно планиране на лечебния процес. Терапевтичната интервенция не може да започне преди изследване и определяне на увредата, функционалния дефицит и инвалидността. Въпреки, че изследванията и дебатите относно взаимоотношеността между увредата и дисфункцията продължават, кинезитерапевтът трябва да е в състояние да установи съответната мускулно-скелетна, нервно-мускулна, кардио-пулмонална или кожна увреда, която стои в основата на дадена дисфункция (фиг. 2).



Фигура 2.

Кинезитерапията е комплексна наука и изкуство. Основният въпрос при кинезитерапевтичното изследване е прост и двустранен: какво е функционалното състояние на пациента и кои увреди и патологии предизвикват евентуалната дисфункция. Отговорът на тези въпроси определя целта и плана на лечението. Другата страна на въпроса е да се даде точен отговор на това, кои от патологиите и увредите могат да бъдат обект на ефективно кинезилечение и кои изискват намесата на лекар или друг здравен специалист.

Подобряването на функционалните възможности на пациента има няколко аспекта, като основният е подобряване на функцията. Ако това не може да бъде постигнато се работи в две насоки. Първо развитие на подходящи адаптивни механизми и включване в употреба на помощни средства. И второ – модифициране на съответните дейности, така че да могат да бъдат изпълняване от индивида, въпреки функционалния дефицит.

ДИСКУСИЯ

Използването на модела на инвалидност при работата на кинезитерапевта дава възможност да се премине от медицинския подход да се лекува само определена област или става, към кинезитерапевтичният подход да се подобрява цялостната функция.

ЛИТЕРАТУРА:

[1] Diagnosis by physical therapists. HOD P06-97-06-19. House of delegates standards, policies, positions and guidelines. Alexandria, American physical therapy association, 2005

[2] Guide for physical therapy practice, revised ed. 2, Alexandria, VA, American physical therapy association, 2003

За контакти:

Доц. д-р Николай Попов, катедра "Теория и методика на кинезитерапията", Национална спортна академия "Васил Левски", тел.: 0887 299 568; e-mail: nikipopov1@abv.bg

Докладът е рецензиран.