

*Dubravka Ciliga
Tatjana Trošt Bobić
Lidija Petrinović*

ORGANIZACIJSKI OBLICI RADA U PODRUČJU KINEZITERAPIJE

*„Teorija je kad se sve zna, a ništa ne funkcionira. Praksa je kad sve
funkcionira, a nitko ne zna zašto“.*

Albert Einstein

1. UVOD

Poznato je i znanstveno utvrđeno da zemlje u tranziciji u području kineziterapije i rehabilitacije „ponavljaju“ razvojni put razvijenih zemalja. Taj proces je brži i primjereniji što je veće umijeće stručnjaka i odgovarajućih institucija da izbjegnu stručne i organizacijske pogreške koje su bile negativne i prateće pojave u zemljama s visokim standardom. U kreiranju organizacijskih oblika rada u području kineziterapije potrebno je uskladiti praksu, znanja i iskustva takvih zemalja s potrebama i mogućnostima Hrvatske.

Da bi organizacijski oblici rada imali svoju svrsishodnost potrebno je:

- utvrditi faktore koji mogu predstavljati prepreku, kao i faktore koji mogu djelovati stimulirajuće u odnosu pojedinac-grupa
- utvrditi usluge (službe) koje su određenom pojedincu potrebne da bi mogao adekvatno funkcionirati u sredini

Specifičnost oblika rada u području kineziterapije ovisi o dvije komponente: prva je vrsta oštećenja, invaliditeta i intelektualnih teškoća, a druga ovisi o mjestu provođenja programa: vrtić, osnovna i srednja škola ili fakultet.

Kineziterapija se provodi s osobama različitih dobnih skupina i stupnja fizičke pripremljenosti (Ciliga, 1998). U planiranju određenog kineziterapijskog programa vježbanja kao i pri izboru metodičkog organizacijskog oblika rada kojim će se taj program realizirati, od iznimne je važnosti voditi računa o faktorima kao što su postavljena dijagnoza, kategorija i stupanj invaliditeta, dob osoba s kojima se planira vježbati te cilj koji se želi postići (Ciliga, 1995).

2. PRIKAZ RAZLIČITIH OBLIKA RADA U PODRUČJU KINEZITERAPIJE

Osim poznatih i priznatih organizacijskih oblika rada u ostalim područjima kineziologije, u kineziterapiji se vrlo često koristi individualizirani pristup koji ovisi o vrsti i stupnju oštećenja i invaliditeta. U individualiziranom programu preporučuje se primjena onih metoda, sredstava i pomagala koji podupiru i koji su u funkciji provođenja ciljanih kineziterapijskih programa (npr. potrebe uvjetovane težom pokretljivošću, oštećenjem vida ili sluha).

U kineziterapiji se vrlo često koristi i individualni oblik rada. Zdravstvena stanja kao što su teži slučajevi cerebralne paralize, Behterova bolest i dr. ne dopuštaju grupno provođenje vježbi jer takve osobe nisu u stanju učinkovito pratiti tijekom vježbanja u grupi, a kineziterapeut nije u mogućnosti korigirati ili potpomognuti izvedbu određene vježbe. Jedini nedostatak primjene individualnog oblika rada u kineziterapiji jest njegova neekonomičnost jer prilikom izvođenja takvog programa potrebno je angažirati veći broj asistenata, ovisno o broju korisnika i stupnja invaliditeta. Ako se prilikom planiranja kineziterapijskog programa vježbanja predviđa provođenje individualnog oblika rada, tada je uz aktivne vježbe (vježbač sam izvodi cijeli pokret) moguće uključiti i pasivne (pokret vodi kineziterapeut), i potpomognute vježbe (vježbač započinje sam pokret te kada mu postane pretežak kineziterapeut mu pripomogne u izvršenju zadatka). Takav metodički organizacijski oblik rada osigurava maksimalno prilagođavanje kineziterapijskih vježbi fizičkom i psihičkom stanju korisnika. Osim izbora vježbi, moguće je prilagoditi i način njihove izvedbe, npr. brzinu izvedbe, broj ponavljanja, opseg pokreta, primjenu različitih sprava i pomagala i sl. Takav pristup radu osigurava pravodobnu i individualiziranu progresiju opterećenja što omogućuje maksimalan učinak programa vježbanja, u kratkom vremenskom razdoblju (Lauder, Sipes i Wilson, 2008). Individualni se oblik rada često primjenjuje u rehabilitaciji sportskih ozljeda s ciljem maksimalne racionalizacije vremena potrebnog za povratak sportaša u sustav treninga i natjecanja, a bez snižavanja učinka vježbanja (Trošt Bobić i Lucić Bobić, 2009, Frontera, 2003).

Školovanje djece s različitim kategorijama invaliditeta može se provoditi u redovitim školama kroz potpunu ili djelomičnu integraciju te u posebnim odgojno-obrazovnim ustanovama. Integraciju, kao oblik rada vrlo je teško implementirati u nastavu TZK zbog velike različitosti kategorija invaliditeta (sljepoća, gluhoća, tjelesni invaliditet, intelektualne teškoće). Model integriranog obrazovanja u redovitim školama s naglaskom na TZK nije zaživio, a „integrirajuća alternativa“ vezana za provođenje nastave TZK nije uspostavljena.

Oblik rada koji zadovoljava kvalitetno provođenje TZK je prisutnost asistenta. Ovakav oblik rada podrazumijeva prilagođenost kinezioloških aktivnosti (*adapted physical activities*) kategoriji i stupnju invaliditeta koju asistent kroz različite vidove

edukacije mora usvojiti. U ovakvom organizacijskom obliku rada naglašavaju se funkcionalne sposobnosti koje su ostale očuvane nakon nastanka invaliditeta. Asistent je taj koji će kroz individualizaciju i kreativnost osmisлити i pomoći u sudjelovanju pri izvođenju određenih sadržaja koji su propisani nastavnom jedinicom. Što je invaliditet veći potreba za prilagodbom programa bit će veća, a originalnost i stručnost asistenta će doći do većeg izražaja u smislu što bolje integracije bez obzira na različitost izvedbe određene aktivnosti u odnosu na standardnu populaciju. Asistent, provodeći prilagođene kineziološke aktivnosti, stavlja u središte pozornosti „neprilagođenog“ pojedinca koji u konačnici mora postići maksimalnu socijalnu adaptaciju.

Da bi ovakav organizacijski oblik rada zaživio u praksi potrebno je zadovoljiti nekoliko uvjeta:

- prilagodba prostora
- specifična oprema (sportska invalidska kolica i proteze, dizalice u bazenu itd)
- edukacija asistenata
- financiranje asistenata.

Osim navedenih organizacijskih oblika rada primjenjuju se i drugi organizacijski oblici rada.

Frontalni oblik rada pogodan je kod lakših dijagnoza, kada istovremeno provođenje vježbi s drugima ne narušava pravilnost izvedbe zadatka. Primjeri takvih dijagnoza jesu mišićna faza spuštenosti svoda stopala, kifotično loše držanje i sl. Grupe vježbača ne bi trebale uključivati više od 5 do 12 osoba (Karajković i Karajković, 1986). One se prvenstveno formiraju na temelju dijagnoze i specifičnosti tijekom njenog razvoja te kategorije invaliditeta (sljepoća, gluhoća, tjelesni invaliditet ili mentalna retardacija). Stanje drugih organskih sustava pojedinca, njegova dob i fizička pripremljenost također se razmatraju. U svrhu maksimalne individualizacije rada, dakle prilikom formiranja grupa uzimaju se u obzir individualne karakteristike sudionika što osigurava ispravno provođenje kineziterapijskog programa vježbanja u homogeniziranim skupinama.

Grupni oblici rada kao što su rad u parovima, rad u trojkama, rad u četvorkama, izmjenično odjeljenski oblik rada, rad u stanicama, kružni oblik rada te rad na stazi pogodni su za provođenje programa vježbanja za prevenciju ili korekciju loših držanja. Pri tome treba naglasiti da se u grupe za korekciju loših držanja najčešće uključuju pojedinci s mišićnom ili vezivnom fazom spuštenosti svoda stopala te kifotičnim i lordotičnim lošim držanjem, dok se za dijagnozu skolioze ipak preporuča individualno vježbanje s terapeutom radi značajnih razlika između dijagnoza, a koje se prvenstveno očituju u stupnju, lokaciji i etiologiji skoliotičnog lošeg držanja ili deformacije (Smania, i sur., 2008). Rad u parovima pruža mogućnost samostalnog praćenja pravilnosti izvedbe određene vježbe od strane vježbača (međusobna provjera još za vrijeme

vježbanja) te mogućnost suradnje sudionika kada vježbači izvode isti zadatak, ali im je uloga različita, npr. pružanje otpora ili vježbanje protiv otpora druge osobe. Rad u trojkama i četvorkama može se koristiti kod adaptiranih tjelesnih aktivnosti za djecu s teškoćama u razvoju kada od djece tražimo da grupno riješe određeni motorički zadatak. Takav pristup radu znatno doprinosi njihovom međusobnom upoznavanju i razvijanju osjećaja suradnje i zajedništva. Djeci s teškoćama u razvoju na taj se način pruža mogućnost izražavanja svojih misli, osjećaja, potreba i poteškoća što znatno doprinosi njihovom emocionalnom, spoznajnom, socijalnom i tjelesnom razvoju (Johnson, 2009).

Izmjenično odjeljenski oblik rada, rad u stanicama, kružni oblik rada i rad na stazi moguće je koristiti kod prilagođenih programa vježbanja za prevenciju lošeg držanja tijela kod pretilosti, kod djece predškolske i školske dobi. Riječ je dakle o korištenju zahtjevnijih metodičkih organizacijskih oblika rada s ciljem intenzifikacije procesa vježbanja kod zdrave djece, a u svrhu čim efikasnije prevencije nastanka loših držanja ili bilo kojih drugih bolesti za čiji je nastanak potpuno ili djelomično odgovorna hipokinezija. Programi vježbanja sa svrhom prevencije nastanka loših držanja prvenstveno sačinjavaju različite vježbe jakosti kojima je cilj jačanje velikih mišićnih skupina zbog poboljšanja statičke i dinamičke stabilizacije trupa odnosno postizanja bolje posturalne kontrole. U tu svrhu je na primjer moguće primijeniti zajednički stanični krug s ciljem poboljšanja mišićne jakosti unaprijed definiranim redosljedom izvođenja vježbi i brojem ponavljanja ili trajanje zadatka, na način da se pored svakog radnog mjesta postave upute izvođenja zadatka s kratkim opisom vježbe, brojem ponavljanja, crtežom vježbe te opisom tipičnih pogrešaka koje treba izbjegavati. Kod primjene kineziterapijskih programa vježbanja za korekciju mišićne faze spuštenosti svoda stopala u djece, moguće je koristiti kružni oblik rada na način da se u krugu postave različite sprave kao što su korektivne daske u obliku slova A (za spuštenost medijalnog svoda stopala) ili V (za spuštenost lateralnog svoda stopala), mekane strunjače, različiti neravni predmeti po kojima bi djeca morala hodati i sl. te da se rad planira na način da djeca zadatke u krugu izvode samo jedanput, ali da više puta ponavljaju krug. Takav pristup radu bio bi zasigurno djeci zanimljiviji od frontalnog oblika rada gdje bi svi istovremeno izvodili istu vježbu pod direktnim vođenjem kineziterapeuta. Bez obzira na to radi li se o preventivnim korektivnih ili kurativnim programima vježbanja, u kineziterapiji se ne preporuča provođenje metodičkog organizacijskog oblika rada *Poligon prepreka* zbog njegovog natjecateljskog karaktera. Rečeno je pogotovo važno u radu s djecom. Naime, djeca bi u želji da čim prije izvedu određeni zadatak mogla znatno narušiti pravilnost izvedbe što bi ozbiljno dovelo u pitanje ostvarenje cilja vježbanja, bio on preventivnog ili terapijskog karaktera.

Zaključno, kineziterapijski programi vježbanja koriste se u korektivne, kurativne i preventivne svrhe. Obzirom na cilj kojeg želimo postići, u kineziterapiji je moguća primjena velikog broja metodičkih organizacijskih oblika rada. Ipak, kod korektivnih ili kurativnih programa vježbanja najčešće se koriste frontalni i individualni oblik rada, dok se u preventivne svrhe koriste i grupni organizacijski oblici rada kao što su rad u stanicama, kružni oblik rada i dr. Prilikom formiranja grupa uzimaju se u obzir individualne karakteristike svakog sudionika što omogućava maksimalnu individualizaciju programa vježbanja. Skupine vježbača su homogenizirane na temelju vrste i stupnja oštećenja, dosadašnjeg tijeka kineziterapijskog postupka i/ili postavljenog cilja. Individualni oblik rada, sve je češći izbor pacijenata i kineziterapeuta zbog maksimalnog prilagođavanja zadataka realnim potrebama osobe, njenog maksimalnog angažmana, a time i maksimalnog mogućeg uspjeha.

3. LITERATURA

1. Ciliga, D. (1995) Tjelesno vježbanje u funkciji zdravlja invalidnih osoba. Zbornik radova 4. ljetne škole pedagoga fizičke kulture Republike Hrvatske „Tjelesno vježbanje i zdravlje“, Rovinj, 27.06.-01.07.1995.
2. Ciliga, D. (1998) Strategija razvoja kineziterapije. Zbornik radova 7. ljetne škole pedagoga fizičke kulture Republike Hrvatske, Rovinj, 23-27.06.1998.
3. Frontera, W.R. (2003) Rehabilitation of sports injuries. Malden: Blackwell Scientific Publications.
4. Johnson, C.C. (2009) The benefits of physical activity for youth with developmental disabilities: a systematic review. American Journal of Health Promotion, 23(3), 157-167.
5. Karajković, E. i Karajković, E. (1986) Kineziterapija. Sarajevo: „Svjetlost“, OOUR Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
6. Laudner, K.G., Sipes, R.C. i Wilson, J.T. (2008) The acute effects of sleeper stretches on shoulder range of motion. Journal of athletic training, 43(4), 359-63.
7. Smania, N., Picelli, A., Romano, M. i Negrini, S. (2008) Neurophysiological basis of rehabilitation of adolescent idiopathic scoliosis. Disability and Rehabilitation, 30(10), 763-771.
8. Trošt Bobić, T. i Lucić Bobić, L. (2009). Rehabilitacija u sportovima izdržljivosti. U I. Jukić, D. Milanović, C. Gregov i S. Šalaj (ur.), Zbornik radova 7. godišnje međunarodne konferencije Kondicijska priprema sportaša s glavnom temom „Trening izdržljivosti“, Zagreb, 20-21.02.2009. (str. 77-90). Zagreb: Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu; Zagrebački Velesajam.