

FIZIOinfo

STRUČNO-INFORMATIVNI ČASOPIS HRVATSKOG ZBORA FIZIOTERAPEUTA

broj 1 • godina X • 2009.

**OSNOVANA HRVATSKA
KOMORA
FIZIOTERAPEUTA**

*Nudimo najsuvremeniju
računalno vođenu opremu za*

Apple Green

Iskra Medical

- o dijadnamiku
- o terapiju interferentnu terapiju
- o elektrostimulaciju
- o ultrazvučnu terapiju
- o kombiniranu elektro i ultrazvučnu terapiju
- o lasersku terapiju
- o krioterapiju
- o magnetoterapiju
- o dijatermiju
- o kineziterapiju
- o presoterapiju
- o hipočravnu terapiju
- o psihorelaksaciju i stimulaciju
- o njegu tijela i lica

Za opremu nudimo:

- o pribor i potrošni materijal
- o servis

**VAMA - ZA LAKŠE I USPJEŠNIJE POSLOVANJE,
VAŠIM PACIJENTIMA - ZA BRŽU REHABILITACIJU**

Iskra Medical d.o.o., Stegne 23, Ljubljana, Slovenija, tel: +386(0)1 513 15 04, fax: +386(0)1 513 15 10

INFORMACIJE I SERVIS:

Ante Tadin

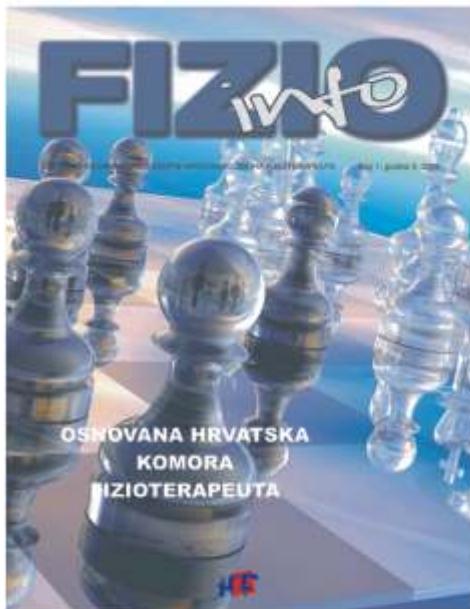
Studio za zdravje i ljepotu, Karlovo b.b., 58214 Kaštela Kambelovac kod Splita,
tel: + 385(0)21 220 684, mob: 098 225 905

MEL-SERVIS

Dragutin Sbili, Kumičića 47, 47000 Varaždin, tel: +385(0)42 233 952,
mob: 099 502 510, 098 257 807

Gordana Radenović

B.A. Kažotića 1/4, 10370 Dugo Selo, tel: +385(0)1 2759 049, mob: 099 548 884



Sadržaj

Hrvatska komora fizioterapeuta	4
Stručne teme	6
Događanja	34

Fizioinfo (Online)
ISSN 1847 - 4888

FIZIOinfo

Informativno-stručno glasilo
Hrvatskog zbora fizioterapeuta

Zavod za fizičku medicinu,
rehabilitaciju i reumatologiju Opće
bolnice "Sveti Duh"
Sveti Duh 64, 10 000 Zagreb

www.hzf.hr
fizioinfo@hzf.hr

Urednica:
Marinela Jadanec
marinela@hzf.hr

Uredništvo:
Vedran Kurtušić
Uglješa Rušnov
Ivana Zrno
Marina Kovačević
Antun Jurinić

Online izdanje

Učestalost izlaženja:
Dva puta godišnje

Riječ urednice

Poštovani čitateljil

Pred Vama je novi broj časopisa Fizioinfo. Nastavljajući koncepciju informativno-stručnog časopisa Hrvatskog zbora fizioterapeuta predstavljamo Vam ovaj broj Fizioinfo u internetskom obliku izdanja.

Kao i u proteklom i u ovom broju možete naći pregršt zanimljivih i novih saznanja o radu fizioterapeuta u Hrvatskoj.

Godinu 2009. obilježilo je osnivanje Hrvatske komore fizioterapeuta koja je samostalna, neovisna, staleška i strukovna organizacija fizioterapeuta i djelatnosti koji sudjeluju u sklopu fizioterapeutske skrbi. Komora bi trebala štititi prava i zastupati interese svojih članova, unapređivati fizioterapeutsku djelatnost, brinuti se o ugledu fizioterapeuta i o pravilnom obavljanju fizioterapeutskog zvanja.

Također se veselimo Vašim pristiglim radovima te Vas pozivamo na što veći angažman u pisanju jer:

Pisani trag je najbolji trag.....

Marinela Jadanec, bacc.physioth.

OSNOVANA HRVATSKA KOMORA FIZIOTERAPEUTA

Uprošlom broju pojašnjena je geneza donošenja Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti (objavljen u Narodnim novinama broj 120/2008. godine) gdje je člankom 23. propisano osnivanje Hrvatske komore fizioteraapeuta te člankom 28. definirano je tko su osnivači: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatska udruga fizioteraapeuta i Hrvatski zbor fizioteraapeuta.

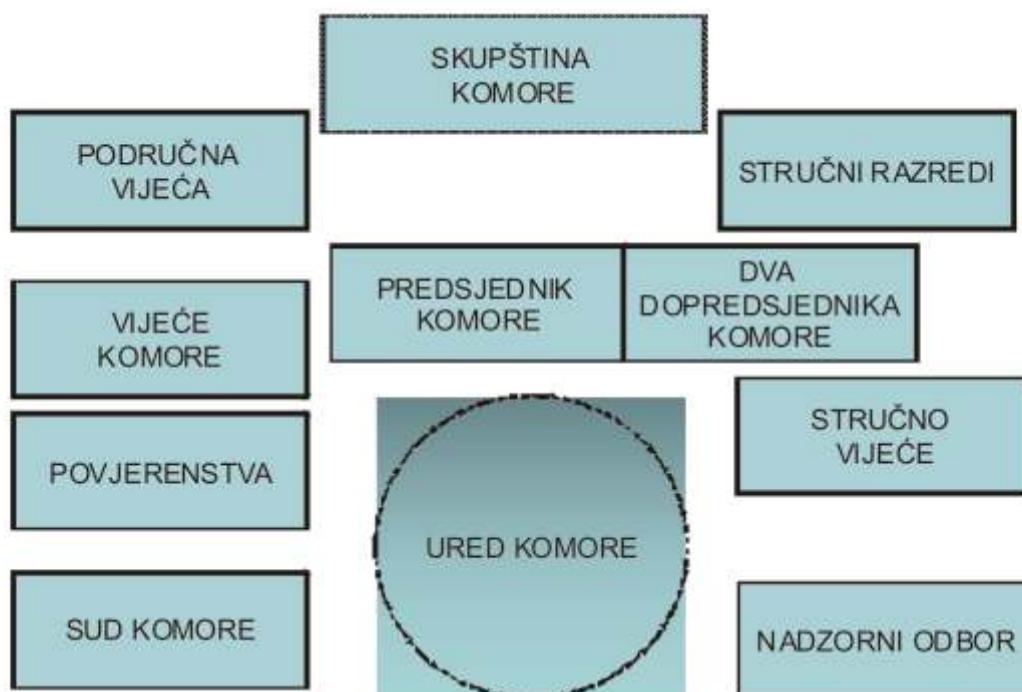
22. prosinca 2009. održan je prvi sastanak Osnivačkog odbora Hrvatske komore fizioteraapeuta (HKF) sa po pet predstavnika svakog od osnivača. Zadaci Osnivačkog odbora bili su da predloži Statut HKF-a, Odluku o osnivanju HKF-a i dogovore proceduru osnivačke

Skupštine HKF-a.

Nakon intenzivnih pregovora, **28. siječnja 2009. godine** osnovana je Hrvatska komora fizioteraapeuta. Osnivačku Skupštinu činilo je po deset predstavnika svakog od osnivača.

Hrvatska komora fizioteraapeuta jest samostalna i neovisna strukovna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima (prema stavku 1, članka 23. Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti). Javne ovlasti su: registracija, licenciranje i stručni nadzor.

Statutom HKF definirana su tijela Komore kao i njihove ovlasti (Statut možete proučiti na stranici <http://hkf.hr/obrasci/STATUT%20HKF.pdf>)



Slika 1. Struktura Hrvatske komore fizioteraapeuta (Ured Komore kojeg čine zaposlenici Komore vodi Predsjednik Komore)

Hrvatska komora fizioterapeuta trebala bi postati istinski nositelj i zaštitnik profesionalnog razvoja fizioterapije u Hrvatskoj.

Treba stalno imati na umu da postoje opasnosti na putu izrastanja u profesiju pod okriljem komore jer se radi o organizaciji koja zbog koncentracije moći i monopolističkog položaja može poprimiti totalitaristička i nepotistička obilježja koja njeguje podobnost i podložnost. Nužno je razviti mehanizme kojima možemo na najmanju moguću mjeru svesti negativnosti i od Komore učiniti sredstvo podrške i poticanja pozitivnih i željenih profesionalnih obilježja.

Koјi su to mehanizmi:

1. jasno definirati i javno prezentirati kratkoročne i dugoročne strateške ciljeve s rokovima i tijelima odgovornima za provedbu
2. poticati konstruktivnu kritiku uz razvijanje komunikacijskih vještina
3. jasna pravila i kažnjavanje krivih
4. razvijati partnerske odnose sa stručnim i sindikalnim organizacijama fizioterapeuta (definiranje zajedničkih projekata i ciljeva i sl.)
5. transparentnost u trošenju sredstava (materijalnih i nematerijalnih)
6. stalna briga o kvaliteti na području izobrazbe, kliničke prakse i trajnog usavršavanja

7. garancija profesionalne zaštite
8. osiguranje ugleda i autonomnosti.

HKF ne treba kao osnovni izvor prihoda u finansijskim planovima imati članarinu, već one aktivnosti/projekte kojima snažno potiče profesionalni razvoj: npr na polju specijalističke izobrazbe kroz stvaranje institucionalnog okvira za vrednovanje neformalne edukacije, na polju definiranja standarda za specifične licence i provedba usavršavanja za stjecanje istih (programi koji nisu uključeni u specijalizacije), na polju nakladništva te mnoštvu malih poduzetničkih projekata.

Odnos HKF i stručnih organizacija fizioterapeuta ogleda se prvenstveno u zajedničkom planiranju i potpori trajnog usavršavanja kroz različite oblike stručnih skupova (uključujući tečajeve), ali i planiranje zajedničkih projekata na području nakladništva ili istraživanja.

Odnos HKF i sindikalnih organizacija ogleda se u zajedničkom definiranju cijene rada fizioterapeuta, dodataka, stupnjeva napredovanja, vrednovanja specijalizacija i različitih stupnjeva usavršavanja i sl.

Modeli suradnje su nepregledni. HKF treba poticati i razvijati te modele jer i ta uloga pripala joj je trenutkom osnivanja.

Antun Jurinić, vft.



Slika 2. Osnivačka Skupština HKF-a, 28. siječnja 2009.

ULOGA FIZIOTERAPEUTA U PREVENCICI MIŠIĆNO-KOŠTANIH OZLJEDA RAMENA U SOFTBALLU

Andreja Kosovec, bacc. physioth.

Klinika za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Klinička bolnica "Sestre milosrdnice", Zagreb

SAŽETAK

Softball je jedan od „vodećih“ sportova u SAD po broju ozljeda. Jedan od razloga za to su prekratke pripreme igrača prije početka sezone, odnosno nepoduzimanje preventivnih mjera. Ozljede u softballu možemo generalno podijeliti na kumulativne (sindromi prepriprezanja) i akutne (traumatske). Lokalizacija ozljede najviše ovisi o poziciji koju igrač igra, a najčešće zahvaćaju mišićno-kostane strukture u području ramena, podlaktice, šake i kralježnice. Principi prevencije su vrlo logični i jednostavnii: potrebno je kompletno zagrijavanje mišića prije treninga ili utakmice, detaljno istezanje nakon aktivnosti, jačanje mišića tijekom cijele sezone, održavanje fleksibilnosti mišića i zglobova te usavršavanje tehnike igre. U prevenciji ozljeda bitnu ulogu ima fizioterapeut sa svojim znanjem, iskustvom i kreativnošću. Fizioterapeutska se procjena sastoji od procjene opsega pokreta, funkcije mišića, mišićnog tonusa i procjene boli. Nakon uzete fizioterapeutske anamneze, opservacije pacijenta i provedenih mjerjenja i testova, postavljaju se terapijski ciljevi i određuje se plan fizioterapeutskog postupka. Terapijski cilj u prevenciji mišićno-kostanih ozljeda u području ramena u softballu je izjednačavanje snage prednjih i stražnjih mišića ramenog obruča. U radu su prikazane jednostavne vježbe jačanja pojedinih mišićnih skupina koje se izvode sa postupnim povećavanjem broja ponavljanja, uz nadzor fizioterapeuta, a zbog jednostavne izvedbe se mogu provoditi i na samom softball terenu.

Ključne riječi: ozljede u softballu, prevencija ozljeda, fizioterapeutska procjena

UVOD

Softball je timski sport koji je osmislio George Hancock 1887. godine u Chicagu kao zimsku inačicu baseballa, nazvavši ga „indoor baseball“. Softball se zasniva na baseballu, ali postoji nekoliko razlika. Lopta koja se koristi u softballu je veća, ali ne i mekša. Baseballska palica je nešto deblja od softballske i često je drvena, dok je u softballu metalna. U baseballu se pitcha (baca loptica) preko ramena, a u softballu ispod ramena. Softball igralište je manje i igra se samo sedam inninga (izmjena), a u baseballu devet. Softball je najrazvijeniji u Americi, Australiji, Kanadi, kao i u Kini te Japanu. U europskom softballu dominiraju Nizozemska, Italija i Češka. Ovo je jedan od manje poznatih sportova u Hrvatskoj, pa je zato i slabo razvijen. Od 2001. godine ga osim žena igraju i muškarci. Softball se igra na različitim podlogama, najčešće na travi. Teren na kojem se igra se naziva dijamant, a podijeljen je na dva dijela: infield i

outfield. Infield označuju kućna baza i tri baze, a oko njega se nalazi travnat outfield.



Slika 1. Softball igralište



Slika 2. Hrvatska ženska softball reprezentacija, 2009. godine



Slika 3. Udarač (batter)

Tim se sastoji od devet igrača. Utakmica traje sedam inninga (izmjena). U svakom inningu oba tima po jedanput udaraju (napadaju) i igraju polje (brane se). Pobjednik je onaj koji u tih sedam inninga osvoji najviše bodova. Igrači udaraju po redoslijedu utvrđenom na početku utakmice. Udarač (batter) stoji u batter's boxu (udaračevo polje), a pitcher (bacač) mu baca lopticu („pitcha“).

Postoje dvije vrste pitcha: **strike** (dobar) i **ball** (loš).



Slika 4. Bacač (pitcher)

Strike je lopta koja je bačena u strike zonu, a nije udarena ili ju je udarač promašio ili ju je pak udario izvan igrališta u faul. Ball je kad je lopta bačena izvan strike zone, a igrač na nju nije zamahnuo. Kada igrač udari loptu mora trčati prema prvoj bazi. Ako udarač ne udari loptu na treći strike on je izbačen. Ako je prije trećeg strikea pitcher bacio četiri balla udaraču se dodjeljuje prva baza. Nakon udarene lopte udarač pokušava napredovati od baze do baze. On može trčati samo ako je lopta udarena u unutar dvije faul linije. Bod je osvojen svaki put kad

Baze kao rezultat samo jednog, svog, udarca to se popularno naziva "home run". Tim u obrani prelazi u napad nakon što izbací 3 udarača. Igrači se izbacuju tako da se udarena lopta ulovi u zraku ili se baci na bazu prije nego udarač stigne do nje. Ili, pak, nakon trećeg strikea (1).

OZLJEDA U SOFTBALLU

Softball je jedan od „vodećih“ sportova u SAD po broju ozljeda. Jedan od razloga za to su prekratke pripreme igrača prije početka sezone, odnosno nepoduzimanje preventivnih mjera.

Ozljede u softballu možemo generalno podijeliti na kumulativne (sindromi prenaprezanja) i akutne (traumatske).

Sindromi prenaprezanja razvijaju se postepeno kao posljedica djelovanja ponavljajućih sili i pokreta na određeni mišić, zglob ili meka tkiva. Počinju kao mikrotraume i lagani bolovi nakon napora, ali se bez rane intervencije mogu pretvoriti u puno ozbiljnije ozljede, poput rupture mišića.

Akutne su ozljede posljedica iznenadih, trzajnih pokreta ili ubrzavanja, kao i direktnog kontakta među igračima.

Lokalizacija ozljede najviše ovisi o poziciji koju igrač igra, a najčešće zahvaćaju mišići i tetive ramenog obruča, podlaktice, šake i kralježnicu. Kod pitcher-a (bacača) su česti sindromi prenaprezanja na tetivama podlaktice (m. flexor carpi ulnaris) zbog ponavljajućih, višesatnih identičnih pokreta palmarne fleksije s ulnarnom devijacijom. Fielderi (igrači u polju) često ozlijede šaku ili zadobiju frakturu prsta zbog neuhvaćene ili loše uhvaćene loptice koja leti brzinom većom od 100 km/h! Batteri (udarači) imaju najviše ozljeda u području lumbalne kralježnice, najčešće herniju diska i istegnuće mišića.

PREVENCIJA OZLJEDA

Principi prevencije su vrlo logični i jednostavnji: kompletno zagrijavanje prije treninga ili utakmice, detaljno istezanje nakon aktivnosti, jačanje mišića tijekom cijele sezone, održavanje fleksibilnosti mišića i zglobova te usavršavanje tehnike igre. U prevenciji ozljeda bitnu ulogu ima fizioterapeut sa svojim znanjem, iskustvom i kreativnošću.

Pravilno zagrijavanje je najvažniji dio prevencije. Njegove dobrobiti su:

- porast temperature mišića, što dovodi do snažnije i brže kontrakcije i brže relaksacije te smanjenja rizika od ozljeda
- širenje krvnih žila, koje rasterećuje rad srca, a mišićima osigurava potrebnu energiju
- aktivacija mehanizma za hlađenje (znojenja), koji sprečava pregrijavanje organizma

- povećanje opsega pokreta
- hormonalne promjene koje potiču veću proizvodnju ugljikohidrata i masnih kiselina potrebnih za stvaranje energije
- tijekom zagrijavanja sportaš se može i psihički pripremiti na način da se koncentriira na razvijanje vještina igre i strategije...

Pravilno zagrijavanje uključuje postepeno povećavanje intenziteta aktivnosti, primjerice, lagano joggiranje pa dodavanje nekoliko sprinteva da se aktiviraju sva mišićna vlakna. Nakon porasta temperature mišića i njegove opskrbe krvlju, slijedi istezanje koje se mora dodatno usmjeriti na mišiće koji će, ili koji su za vrijeme aktivnosti bili najopterećeniji. Zagrijavanje je veoma individuan proces čija se kvaliteta poboljšava vježbanjem, iskustvom i eksperimentiranjem, pa se stoga preporuča isprobavanje različitih kombinacija kako bi se našla najbolja varijanta za pojedinog sportaša.

Osim zagrijavanja, u prevenciji ozljeda bitna je i pravilna tehnika igre, korištenje odgovarajuće sportske opreme (kopačke, štitnici, kliznici, kacige, rukavice i dr.), stanje terena na kojem se igra te neophodan odmor nakon aktivnosti. Uz sve to jako je važno hidratizirati organizam prije, za vrijeme i nakon aktivnosti i na taj mu način nadoknaditi izgubljene, a potrebne elektrolite i tekućine.

BIOMEHANIČKI ODNOSI U RAMENU KOD POKRETA BACANJA

Softball je samo jedan od sportova koji uključuje bacanja kod kojih se ruka kreće iznad glave. Taj je pokret iznimno stresan za m. deltoideus, m. pectoralis te vanjske i unutarnje rotatore nadlaktice. Svaki od njih je u određenoj fazi bacanja naglo aktiviran (koncentrična kontrakcija), a nakon toga istegnut te kontrolira pokret ekscentričnom kontrakcijom. Sam pokret bacanja zahtijeva maksimalnu aktivaciju velikog broja mišića pa se te velike proizvedene sile i brzine prenose preko tetiva na sam rameni zglob. Bacač uglavnom koristi dominantnu ruku kod bacanja.

Pravilno i efikasno izведен pokret u ramenom zglobu zahtijeva koordinaciju pokreta scapule i humerusa, poznatu kao skapulo-humeralni ritam. Primjerice, kod abdukcije ruke scapula vrši rotaciju prema gore i omogućava m. deltoideusu optimalan odnos snage i dužine tijekom svih 180° pokreta. Za skapulo-humeralni ritam bitni su i stabilizatori scapule (mm. rhomboidei te donja i srednja vlakna



Slika 5. Bacanje loptice preko ramena

m. trapeziusa) koji rade koordinirano sa mišićima rotatorne manžete, koji stabiliziraju glenohumeralni zglob. Dakle, optimalan položaj scapule omogućava efektivan pokret u ramenom zglobu, što znači da njena aktivna stabilizacija štiti rameni zglob od stresa uzrokovanih nepravilno izvedenim pokretom.

Zašto dolazi do ozljeda mišića rotatorne manžete?

Scoville i sur.(2) su proveli istraživanje na zdravoj mladoj populaciji bez bolova u ramenu s ciljem usporedbi snage vanjskih i unutarnjih rotatora nadlaktice. Mjerili su snagu mišića izokinetičkim dinamometrom kod punog opsega pokreta vanjske i unutarnje rotacije. Zaključili su da zdrave mlade osobe bez bolova u ramenu imaju dovoljno dobar balans između snage vanjskih i unutarnjih rotatora nadlaktice da bi mogli izvesti efikasan pokret bacanja. Također su zaključili da je za bacače od iznimne važnosti održavati taj povoljan odnos snage suprotnih skupina rotatora.

Unutarnji rotatori nadlaktice su snažniji i ako bacači ne jačaju suprotne, vanjske rotatore, doći će do nepovoljnog omjera, a to može dovesti do ozljeda vanjskih rotatora, ali i samog ramenog zgloba uslijed pogrešnog prenošenja opterećenja. Isto tako, disbalans nastaje kad bacači ciljano jačaju prednje mišiće ramenog obruča (m. pectoralis major i m. deltoideus), dok mišići rotatorne manžete i stabilizatore scapule zanemaruju. U zadnje vrijeme se zbog toga posebna pažnja usmjerava upravo na jačanje ovih „slabijih“ skupina mišića.

Cools i sur.(3, 4) su proveli istraživanja na skupini bacača sa i bez impingement sindroma. Oni su dinamometrom mjerili aktivnost m. trapeziusa u raznim fazama bacanja. Donja vlakna m. trapeziusa

sudjeluju u depresiji scapule, srednja vlakna u retrakciji, dok gornja vlakna vrše elevaciju scapule. M. trapezus je, prema tome, veoma bitan stabilizator scapule i njegova pojedina vlakna su aktivna tijekom cijelog pokreta bacanja. Istraživanje je pokazalo da je kod bacača sa impingement sindromom došlo do zakašnjele aktivacije donjih i srednjih vlakana m. trapeziusa, a time i do lošeg pozicioniranja scapule i ramena. Ovi rezultati ukazuju na važnost dobre stabilizacije scapule, odnosno aktivnosti donjih i srednjih vlakana m. trapeziusa u pokretima depresije i retrakcije scapule, s ciljem prevencije ozljeda ramenog zgloba.

FIZIOTERAPEUTSKI PLAN JAČANJA MIŠIĆNIH SKUPINA RAMENOG OBRUČA

Fizioterapeutska se procjena sastoji od procjene opsega pokreta, funkcije mišića, mišićnog tonusa i procjene боли. Nakon uzete fizioterapeutske anamneze, opservacije pacijenta i provedenih mjeranja i testova, postavljaju se terapijski ciljevi i određuje se plan fizioterapeutskog postupka. Terapijski cilj je izjednačavanje snage ciljanih mišićnih skupina oko ramena, na čemu se mora raditi istovremeno. Slijedi prikaz jednostavnih vježbi za pojedine mišićne skupine koje se izvode sa postupnim povećavanjem broja ponavljanja, uz nadzor fizioterapeuta.

1. VJEŽBE JAČANJA M. TRAPEZIUSA (DONJIH I SREDNJIH VLAKANA) I MM. RHOMBOIDEUSA MAJOR I MINOR-stabilizatora scapule

Navedene mišiće možemo jačati izvodeći adukciju ruku. Vježba se izvodi iz sjedećeg položaja sa eleviranim rukama. Povlačenjem ruku u adukciju

aktiviraju se donja vlakna m. trapezusa koja vrše depresiju scapula, dok m. latissimus dorsi istovremeno povlači ramena u depresiju. Kod vraćanja ruke u elevaciju važno je kontrolitati pokret koristeći opet donja vlakna m. trapezusa. Ako se ova vježba izvodi bez aktivnosti m. trapezusa, ramena su nepravilanom, protrahiranom položaju.

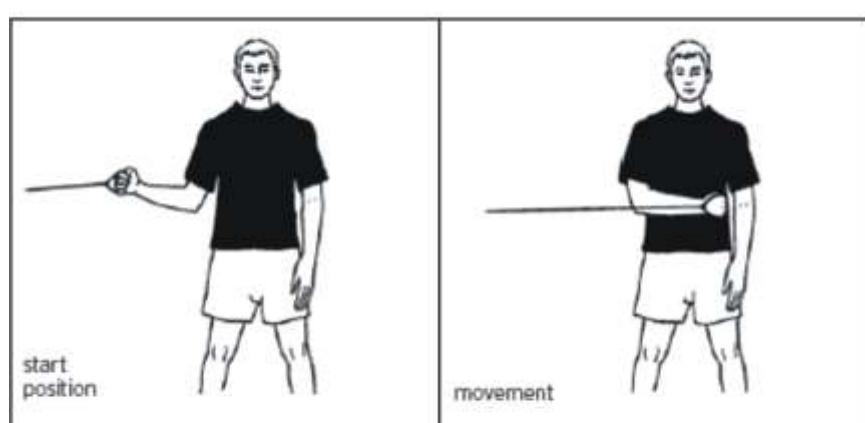


Slika 6. Vježbanje na spravi za povlačenje

Druga varijanta jačanja stabilizatora scapule je vježbanje na spravi za veslanje. Vježba se izvodi iz sjedećeg položaja sa horizontalno ispruženih rukama prema naprijed. Povlačenjem ruku u fleksiju i horizontalnu abdukciju dolazi od aktivacije m. latissimus dorsi te srednjih vlakna m. trapezusa i mm. rhomboideusa major i minor, zaslužnih za retrakciju scapule. Kod vraćanja u početni položaj važna je aktivnost istih mišića da zadrže, tj. stabiliziraju scapulu u retrakciji. Ako kod ove vježbe scapula nije stabilizirana, stvara se torakalna kifoza i vježba je nepravilno izvedena.



Slika 7. Vježbanje na spravi za veslanje



Slika 8. Vježba jačanja unutarnjih rotatora nadlaktice

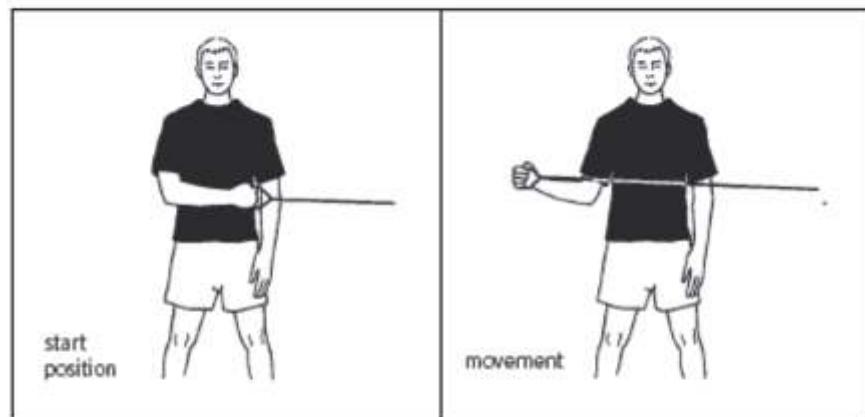
2. VJEŽBE JAČANJA MIŠIĆA ROTATORNE MANŽETE

A) **Vježbe jačanja unutarnjih rotatora nadlaktice** (m. subscapularis i m. teres major) mogu se izvoditi na spravi sa koloturama ili uz pomoć elastične trake. Vježba se izvodi u stojećem položaju sa zategnutim trbušnim mišićima i opuštenim ramenima. Nadlaktica je u vanjskoj rotaciji, a lakat je fiksiran uz trup u flektiranom položaju, pod 90° . Iz ovog se položaja

izvodi unutarnja rotacija nadlaktice uz otpor sve dok dlan ne dotakne trup. Vježba je pravilno izvedena ako su gornji dijelovi tijela, osim ramena, fiksirani. Na taj se način sprečavaju kompenzacijski pokreti, odnosno aktivacija ostalih mišića. Vraćanje ruke u početni položaj izvodi se polagano i kontrolirano, ekscentričnom kontrakcijom unutarnjih rotatora.

B) **Vježbe jačanja vanjskih rotatora nadlaktice** (m. infraspinatus i m. teres minor) mogu se izvoditi na spravi sa koloturama ili uz pomoć elastične trake. Vježba se izvodi u stoećem položaju sa zategnutim trbušnim mišićima i opuštenim ramenima. Nadlaktica je u unutarnjoj rotaciji, laka je fiksiran uz trup u fletiranom položaju, pod 90° , a dlan se nalazi ispred trupa. Iz ovog se položaja izvodi vanjska

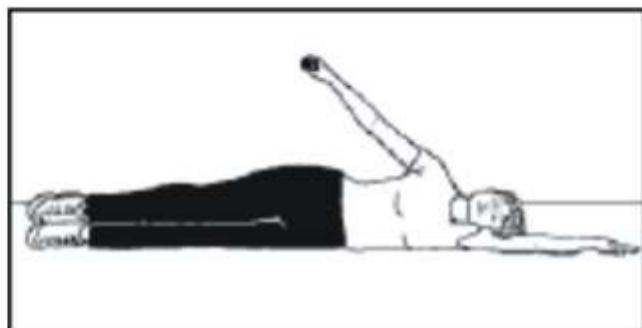
rotacija nadlakice s otporom sve dok dlan ne bude okrenut prema naprijed. Vježba je pravilno izvedena ako su gornji dijelovi tijela, osim ramena, fiksirani. Na taj se način sprečavaju kompenzacijski pokreti, odnosno aktivacija ostalih mišića. Vraćanje ruke u početni položaj izvodi se polagano i kontrolirano, ekscentričnom kontrakcijom vanjskih rotatora.



Slika 9. Vježba jačanja vanjskih rotatora nadlaktice

3. VJEŽBE JAČANJA ABDUKTORA NADLAKTICE (M. supraspinatus, srednja vlakna m. deltoidusa)

Vježba se izvodi iz ležećeg položaja na boku sa utegom u gornjoj ruci. Rame se nalazi u srednjem položaju, a scapula je stabilizirana. Iz ovog se položaja ruka podiže do 45° abdukcije, a zatim lagano, kontrolirano spušta u početni položaj. Trup se ne smije njihati ili nagnjati, samo se pokreće ruka.



Slika 10. Vježba jačanja abduktora nadlaktice

ZAKLJUČAK

Zbog prevencije ozljeda u bilo kojem sportu važna je rana intervencija fizioterapeuta. Iznimno je bitno poduzeti sve preventivne mjere da se spriječi nastanak akutne ozljede i/ili razvijanje sindroma prenaprezanja. Nakon fizioterapeutske procjene, edukacija sportaša i njihov nadzor kod zagrijavanja, jačanja i istezanja mišića glavni su zadaci fizioterapeuta u preventivnom procesu.

Zahvaljujući kvalitetnoj ranoj prevenciji koja se postiže suradnjom fizioterapeuta, trenera i sportaša, smanjuje se rizik od ozljeda i pojave boli, što poboljšava efikasnost i kvalitetu sportaša u igri.



Slika 11. Osvojen brončani pehar hrvatske ženske softball reprezentacije

Ovim se putem zahvaljujem hrvatskoj ženskoj softball reprezentaciji na suradnji i čestitam im na osvojenom 3. mjestu na europskom prvenstvu u Belgiji 2009.

LITERATURA

1. <http://www.softball.hr/sport/>
2. Scoville CR, Arciero RA, Taylor DC, Stoneman PD. End range eccentric antagonist/concentric agonist strength ratios: a new perspective in shoulder strength assessment. *Journal of Orthopedic Sports and Physical Therapy* 25(3), 1997.
3. Cools et al. Scapular muscle recruitment patterns: trapezius muscle latency with and without impingement symptoms. *Am J Sports Med.* 2003, 31(4).
4. Cools et al. Evaluation of isokinetic force production and associated muscle activity in the scapular rotators during a protraction-retraction movement in overhead athletes with impingement symptoms. *Br J Sports Med.* 2004 38(1).
5. Pećina M. i sur. Športska medicina. Zagreb : Medicinska naklada, 2004.
6. Keros P., Pećina M. Funkcionalna anatomija ljudskog lopatno-ključnog stvrtka. Zagreb : Naklada Ljevak, 2006.
7. Donatelli RA. Physical therapy of the shoulder. Elsevier Inc., 2004

STAVOVI STUDENATA ZDRAVSTVENOG VELEUČILIŠTA SPRAM KONZUMIRANJA OPOJNIH DROGA

Ivana Bubalo, bacc. physioth.⁽¹⁾

dr. sc. Davor Rak, dr. med.⁽²⁾

⁽¹⁾ Zdravstveno veleučilište u Zagrebu

⁽²⁾ Zavod za psihijatrijske bolesti, Klinička bolnica "Dubrava", Zagreb

SAŽETAK

U našoj zemlji droge su se pojavile pedesetih godina i od tada je započelo njihovo širenje (4). Droe su vrlo različite prirodne ili kemijske sintetizirane tvari. Najpraktičnija je podjela ona koja se temelji na načinu na koji droga djeluje na središnji živčani sustav odnosno mozak. Pri tome se može raditi o psihodepresorima, psihostimulatorima, halucinogenima ili droge miješanog djelovanja (1). Više je različitih načina na koji se droga može uzimati može se progušiti (pojesti ili popiti) žvakati i apsorbirati preko sluznice usne šupljine, šmrkati i apsorbirati preko sluznice nosa, inhalirati kroz pluća, injicirati kroz kožu, u mišić ili venu (3). Ovisnost o drogama smatra se kroničnom recidivirajućom bolesti. Postoje različiti pristupi u liječenju ovisnika, jedan od pristupa je harm-reduction (1). Svrha ovog istraživanja bila je utvrditi raširenost zloupotrebe opojnih droga među studentima Zdravstvenog veleučilišta.

Ključne riječi: stavovi studenata, opojne droge

POVIJEST DROGE

Uzimanje droge može se pratiti u čovjekovoj najranijoj povijesti. Droe su uglavnom poznavali u starom vijeku na Srednjem i Dalekom istoku, a poslije križarskih ratova droga se naglo širila Europom. Otkrićem Amerike u Europu dolaze nove droge (koka), a danas postoje i sintetizirane droge. Godine 1804. pronađen je injekcijski pribor, a 1943. halucinogena droga LSD. Nakon Drugoga svjetskog rata, ovisnosti o drogama postaju sve teži društveni i medicinski problemi u industrijski razvijenim zemljama. Prvi međunarodni pokušaj da se zaustavi širenje opijata i drugih sredstava ovisnosti bilo je godine 1912. U našoj zemlji droge su se pojavile pedesetih godina i od tada je započelo njihovo širenje (4).

DROGE I OVISNOST

Droe su vrlo različite prirodne ili kemijske sintetizirane tvari koje unesene u organizam mogu prouzročiti i vrlo različita fizička ili psihohaktivna djelovanja (promjene stanja svijesti, opažanja,

raspoloženja itd.). Ovisnost je stanje, katkada psihičko, a katkada fizičko, koje se javlja kao posljedica međudjelovanja između živoga organizma i droge, a karakterizirano je ponašajnim i drugim promjenama koje uvijek uključuju prisilu da se droga i dalje uzima, bilo zbog njenih poželjnih učinaka, bilo zbog toga da se izbjegnu patnje koje će se razviti ako se s uzimanjem sredstva prekine (1).

PODJELA DROGA

Najpraktičnija je podjela ona koja se temelji na načinu na koji droga djeluje na središnji živčani sustav odnosno mozak. Pri tome se može raditi o psihodepresorima ili sredstvima umirujućeg, uspavajućeg djelovanja (heroin, morfin, kodein, metadon, različite tablete), psihostimulatorima, tj. sredstva koja pobuđuju (stimuliraju) mozak (amfetamin, kokain), halucinogenima tj. sredstva koja iskrivljuju opažanja i doživljavanje stvarnosti (LSD, meskalin, psilocibin) ili droge miješanog djelovanja (kanabinoidi marihuana i hasiš, ecstasy) (1).

OSOBE KOJE UZIMAJU DROGE U HRVATSKOJ MOGU SE PODJELITI U NEKOKLIKO POTKATEGORIJA:

1. U Hrvatskoj je najviše eksperimentatora. U nekim ih gradovima među adolescentima ima i preko 35%. To su mlađi ljudi koji su iz znatiželje ili radi zabave iskušali jednom ili dvaput neku od droga - najčešće marihanu ili hašiš. Većina nakon toga ipak odustaje, no neki nastavljaju.
2. Oko 10% mlađih povremeno uzima neku od droga, razvijajući ritam uzimanja, pa ih svrstavamo u potkategoriju rekreativnih konzumenata. Oni se drogiraju vikendom, za vrijeme tuluma, party-a, koncerata itd. Uz marihanu i hašiš, tu se već sve češće uzima ecstasy, LSD, pa i speed. U ovoj fazi konzumenti još nemaju vidljive štetne posljedice zbog uzimanja droga.
3. Oko 30 000 osoba stvara naviku češćeg uzimanja sredstava nalazeći sve više motiva i razloga za ponavljanje tih iskustava. Dok u početku nema nekih očiglednih problema, s vremenom će se javiti prve štetne posljedice zdravstvene, socijalne, zakonske ili psihološke. Budući da još nije došlo do ovisnosti kaže se da se radi o konzumaciji droge s vidljivim štetnim posljedicama.
4. Najmalobrojnija je potkategorija osoba koje su došle do zadnje stepenice odnosno da razvoja stanja koje nazivamo ovisnost. Oni su postali ovisnici. Ovisnost je definirana kao kronična, recidivirajuća, progresivna bolest. Procjenjuje se da u Hrvatskoj ima oko 16 do 18 tisuća ovisnika. Među njima je najviše ovisnika o heroinu (2).

LIJEĆENJE OVISNOSTI

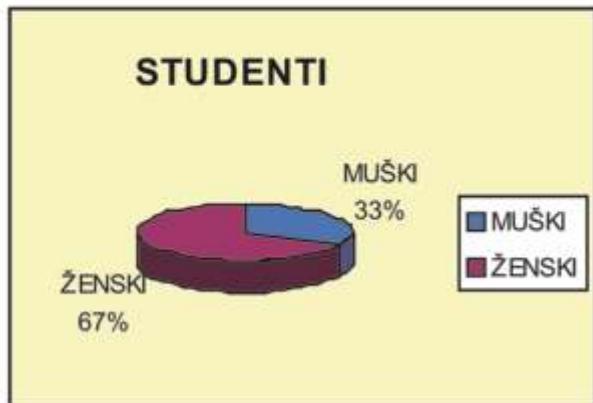
Ovisnost o drogama smatra se kroničnom recidivirajućom bolesti. Postoje različiti pristupi u liječenju ovisnika, a najbolji je onaj koji je pojedini ovisnik u stanju prihvatići. Prisilno liječenje uglavnom daje slabe rezultate. Pošto se spoznalo da velik broj ovisnika nije moguće motivirati za prekid uzimanja droge, ili oni to, zbog oštećenja voljnih funkcija i nepodnošljivosti psihičkih smetnji nisu u stanju izdržati, još prije tridesetak godina počeo se za dio slučajeva (za ovisnike o heroinu) koristiti tzv. pristup harm-reduction. Cilj je umanjiti štetu kad se već ne može postići izlječenje same ovisnosti. Da bi se to postiglo, toj kategoriji ovisnika omogućava se legalno davanje narkotika metadona (heptanona),

koji donekle zamjenjuje ilegalnu drogu heroin i omogućava bolje socijalno funkcioniranje bolesnika i njegove obitelji. Terapijske zajednice su posebno organizirani rehabilitacijski sustavi u kojima se ovisnici smještaju na dulje vrijeme (od jedne do četiri godine). Često su organizirane u okviru humanitarnih, religioznih i drugih nevladinih organizacija. U zajednice se obično ulazi nakon određene pripreme, a ponekad i selektivnog procesa. Taj je proces u nekim zajednicama ponekad vrlo zahtjevan i za ovisnika i za njegovu obitelj, pa mnogi odustanu. U neke se zajednice ovisnika prihvata bez posebnih zahtjeva, nakon što je donio odluku i ispunio određene formalnosti. To su sustavi u kojima se živi i radi po pravilima, kroz dvije, tri ili četiri godine. Po mnogim karakteristikama, dnevnom stilu života i obavezama to je pozitivnije okruženje, u kojem je ovisnik odvojen od iskušenja ulice i društva u kojem se događalo drogiranje. Već se zbog same dužine boravka postupno mogu postići temeljite i korjenite promjene ne samo u odnosu prema drogi nego i u stvaranja drugačijeg stila života. Tako jedan dio ovisnika osjećaj duhovne praznine i životnoga besmisla koji je pokrivalo drogom, kroz program komune koja ima takvu orientaciju, ispunij vjerom (1).

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Svrha ovog istraživanja bila je utvrditi raširenost zlouporabe opojnih droga među studentima Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu, te istražiti jesu li studenti Zdravstvenog veleučilišta konzumirali neku vrstu opojne droge, koju vrstu opojne droge su konzumirali, kada su imali svoje prvo iskustvo s opojnom drogom, na što se svodilo iskustvo sa opojnim drogama, da li su opojnu drogu konzumirali na nagovor nekoga ili svojevoljno te stavove slaganja studenata prema tvrdnjama vezanim uz opojne droge. Za potrebu ovog istraživanja sastavljena je anketa od strane autora ovog istraživanja. Anketa se sastoji od 19 zatvorenih pitanja, od kojih se jedno pitanje, odnosno 18. pitanje sastoji od devet tvrdnji koji se odnose na stavove studenata Zdravstvenog veleučilišta. Anketa je namijenjena isključivo studentima Zdravstvenog veleučilišta (vidi Anketu).

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 225 studenata Zdravstvenog veleučilišta. Iz obrade su izuzeti oni ispitanici čije ankete nisu bile važeće iz bilo kojeg razloga. Stoga uzorak u konačnici obuhvaća 150 ispitanika, 49 studenata i 101 studenticu. Na Slici 1. prikazan je udio muških i ženskih studenata u ukupnom broju ispitanika.



Istraživanje je provedeno u prostorijama Zavoda za anatomijsku u Zagrebu. Istraživanje je bilo anonimno i dobrovoljno. Istraživanje je provedeno grupno, te je od studenata tražen pristanak za sudjelovanje u istraživanju, a potom im je objašnjen cilj istraživanja i dana uputa za rad.

Ispunjavanje ankete trajalo 10 do 15 minuta.

Slika 1. Udeo muških i ženskih studenata u ukupnom broju ispitanika

ANKETA

Poštovane kolegice i kolege, ovo je anketa o stavovima vas studenata Zdravstvenog veleučilišta spram konzumiranja opojnih droga. Prikupljeni podaci poslužiti će mi u izradi diplomskog rada, te vas molim za vaše iskrene odgovore. **ANKETA JE U POTPUNOSTI ANONIMNA.** Vaš odgovor označite sa (X) u pripadajući kvadratić.

1. SMJER STUDIJA:

SESTRINSTVO FIZIOTERAPIJA RADNA TERAPIJA
 RADIOLOŠKA TEHNOLOGIJA STUDIJ LABORATORIJSKE MEDICINE

2. SPOL:

M

ž

3. DOB: _____

4. MJESTO STALNOG BORAVKA (REGIJA):

ZAGREB I OKOLICA SJEVERNA HRVATSKA SLAVONIJA
 LIKA I BANOVINA ISTRA, PRIMORJE I G. KOTAR DALMACIJA

5. BRAČNO STANJE:

OŽENJEN

NE OŽENJEN

6. IMATE LI DJECE?

DA

NE

7. VJERSKA

PRIPADNOST: _____

8. S KIM STE ŽIVJELI DO ZAVRŠETKA SREDNJE ŠKOLE?

S OBOMA RODITELJIMA
 S BAKOM I DJEDOM /RODINOM

S JEDNIM RODITELJEM
 S NEKIM DRUGIM

9. DA LI STE BOLOVALI OD NEKE KRONIČNE BOLESTI?

DA

NE

10.VAŠ PSIHOMOTORNI RAZVOJ - DA LI STE U VAŠEM PREDŠKOLSKOM RAZVOJU IMALI PROBLEMA SA NEČIM OD NAVEDENOG - HRANJENJEM, SPAVANJEM, NAPREDOVANJEM, TE KAŠNJENJA U RAZVOJU SJEDENJA, HODANJA I SL.?

DA NE

11.DA LI STE IMALI PROBLEMA U VAŠEM DOSADAŠNJEM ŠKOLOVANJU (UČENJE, ADAPTACIJA, KONFLIKTI – S UČENICIMA I/ILI NASTAVNICIMA)?

DA NE

12.DA LI JE U VAŠOJ OBITELJI BILO OVISNIKA O OPOJNIM DROGAMA?

DA NE

13.JESTE LI KONZUMIRALI NEKU VRSTU OPOJNE DROGE?

(ako niste predite na pitanje broj 18.)

DA NE

14.AKO DA, KOJE VRSTU DROGE STE KONZUMIRALI?

HEROIN <input type="checkbox"/>	HAŠIŠ <input type="checkbox"/>	MARIHUANA <input type="checkbox"/>	KOKAIN <input type="checkbox"/>	LSD <input type="checkbox"/>	ECTASY <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMFETAMIN I METAMFETAMIN (SPEED)			<input type="checkbox"/> NEŠTO DRUGO _____	(NAVEDITE ŠTO)		

15.S KOLIKO GODINA STE IMALI SVOJE PRVO ISKUSTVO S DROGOM?

13god. i manje 14-16 god. 16-18 god. 18-21 god. 21 god. i više

16.VAŠE DOSADAŠNJE ISKUSTVO SA OPOJNIM DROGAMA SE SVODI NA:

SAMO STE PROBALI POVREMENO KONZUMIRATE KONZUMIRATE SVAKODNEVNO

17.AKO STE KONZUMIRALI NEKU VRSTU OPOJNE DROGE DA LI JE TO BILO:

SVOJEVOLJNO NA NAGOVOR

18.MOLIMO VAS DA OZNAČITE VAŠ STUPANJ SLAGANJA SA SLJEDEĆIM TVRDNJAMA TAKO DA ZAOKRUŽITE BROJ KOJI NABOLJE OPISUJE VAŠ STAV, PRI ČEMU BROJEVI IMAJU SLJEDEĆI ZNAČENJE: 1 – UOPĆE SE NE SLAŽEM

- 2 – UGLAVNOM SE NE SLAŽEM
- 3 – NITI SE NE SLAŽEM, NITI SE SLAŽEM
- 4 – UGLAVNOM SE SLAŽEM
- 5 – U POTPUNOSTI SE SLAŽEM

TVRDNJA	VAŠ STUPANJ SLAGANJA/NESLAGANJA				
	1	2	3	4	5
KONZUMIRANJEM OPOJNIH DROGA MOGAO BI POSTATI OVISNIK.					
KONZUMIRANJE OPOJNIH DROGA JE OPĆEPRIHVATLJIVO PONAŠANJE.	1	2	3	4	5
KONZUMIRANJE OPOJNIH DROGA NEGATIVNO UTJEČE NA ČOVJEKOVO ZDRAVLJE.	1	2	3	4	5
STUDENTI KOJI KONZUMIRAJU NEKU VRSTU OPOJNE DROGE LAKŠE PODNOSE STUDENTSKI STRES.	1	2	3	4	5
KONZUMIRANJE DROGE POMAŽE PRI OPUŠTANJU PRIJE POLAGANJA ISPITA.	1	2	3	4	5
TREBALO BI UVESTI TESTIRANJE NA OPOJNE DROGE MEĐU STUDENTIMA PRIKIKOM UPISA NA FAKULTET.	1	2	3	4	5
BIO/BILA BIH U VEZI S OSOBOM KOJA KONZUMIRA DROGU.	1	2	3	4	5
TREBALO BI POJAČATI MJERE EDUKACIJE O ŠTETNOSTI OPOJNIH DROGA MEĐU UČENICIMA I STUDENTIMA.	1	2	3	4	5
TREBALO BI LEGALIZIRATI LAKE DROGE (kanabis).	1	2	3	4	5

19. KOLIKO JE PO VAŠEM MIŠLJENU OSOBA KOJE KONZUMIRAJU OPOJNE DROGE NA NAŠEM FAKULTETU?

0% 0,1-10% 50% i više 25% 25-50%

HVALA VAM NA VAŠEM VREMENU I SURADNJI!

REZULTATI

Rezultati o učestalosti uzimanja opojnih droga među studentima temeljeni su na samoiskazu studenata. Za pretpostaviti je da kod dijela ispitanika postoji tendencija disimulaciji bilo da se radi o zatajivanju ili pak deklariranju konzumiranja kao učestalijeg od stvarnog.

Studenti su pitani da li su konzumirali neku vrstu opojne droge. Na slici 2. prikazani su rezultati.

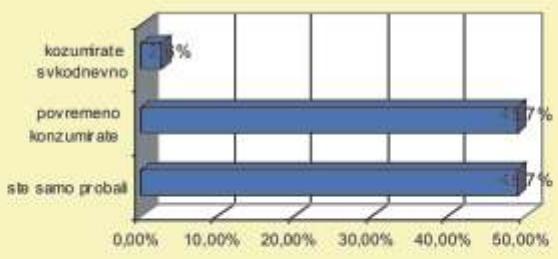
Iz podataka na slici 2. vidimo da je 24,67% odnosno 37 studenata konzumiralo neku vrstu opojne droge, a ostalih 75,33% odnosno 113 nije nikad konzumiralo nikakve opojne droge.

OPOJNE DROGE	f	%
HEROIN	/	/
HAŠIŠ	11	19,30%
MARIHUANA	35	61,40%
KOKAIN	2	3,50%
LSD	2	3,50%
ECSTASY	2	3,50%
AMFETAMIN (SPEED)	5	8,80%
UKUPNO:	57	100,00%

Najčešće konzumirane opojne droge među studentima Zdravstvenog veleučilišta jesu: marihuana (61,4%) i hašiš (19,3%). Što se tiče ostalih vrsta opojnih droga učestalost konzumacije je, kao što je bilo za očekivati, puno manja i ne prelazi 8,8% u ukupnom uzorku.

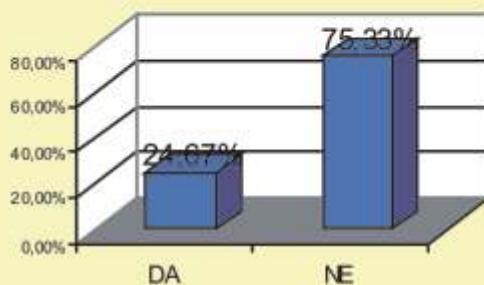
Iz podataka na slici 3. vidljivo je da je najveći postotak studenata, točnije njih 48,6% prvi put došlo u kontakt sa opojnim drogama u najkritičnijim godinama puberteta između 16 i 18 godina starosti.

VAŠE DOSADAŠNJE ISKUSTVO S OPOJNIM DROGAMA SE SVODI NA TO DA:



Slika 4. prikazuje dosadašnja iskustva studenata u konzumaciji opojnih droga

DA LI STE KONZUMIRALI NEKU VRSTU OPOJNE DROGE?



Slika 2. Postotni prikaz konzumenata i ne konzumirajućih opojnih droga

Tablica 1. prikazuje koliko je studenata konzumiralo svaku od navedenih i istraživanjem obuhvaćenih opojnih droga te postotni udio svake od njih u ukupnom broju studenata koji su navedene opojne droge konzumirali. Pretpostavka je da su pojedini studenti konzumirali više od jedne opojne droge.

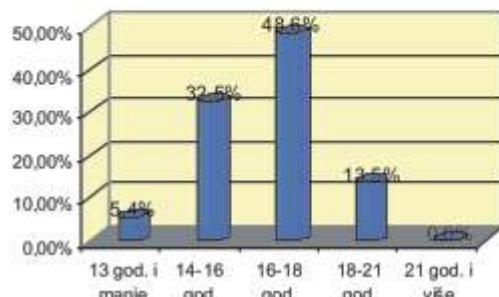
Tablica 1.

Legenda:

f - frekvencija sredstava ovisnosti

% -postotci sredstava ovisnosti

S KOLIKO GODINA STE IMALI SVOJE PRVO ISKUSTVO S DROGOM?



Slika 3. Postotni dobni prikaz prve konzumacije opojne droge

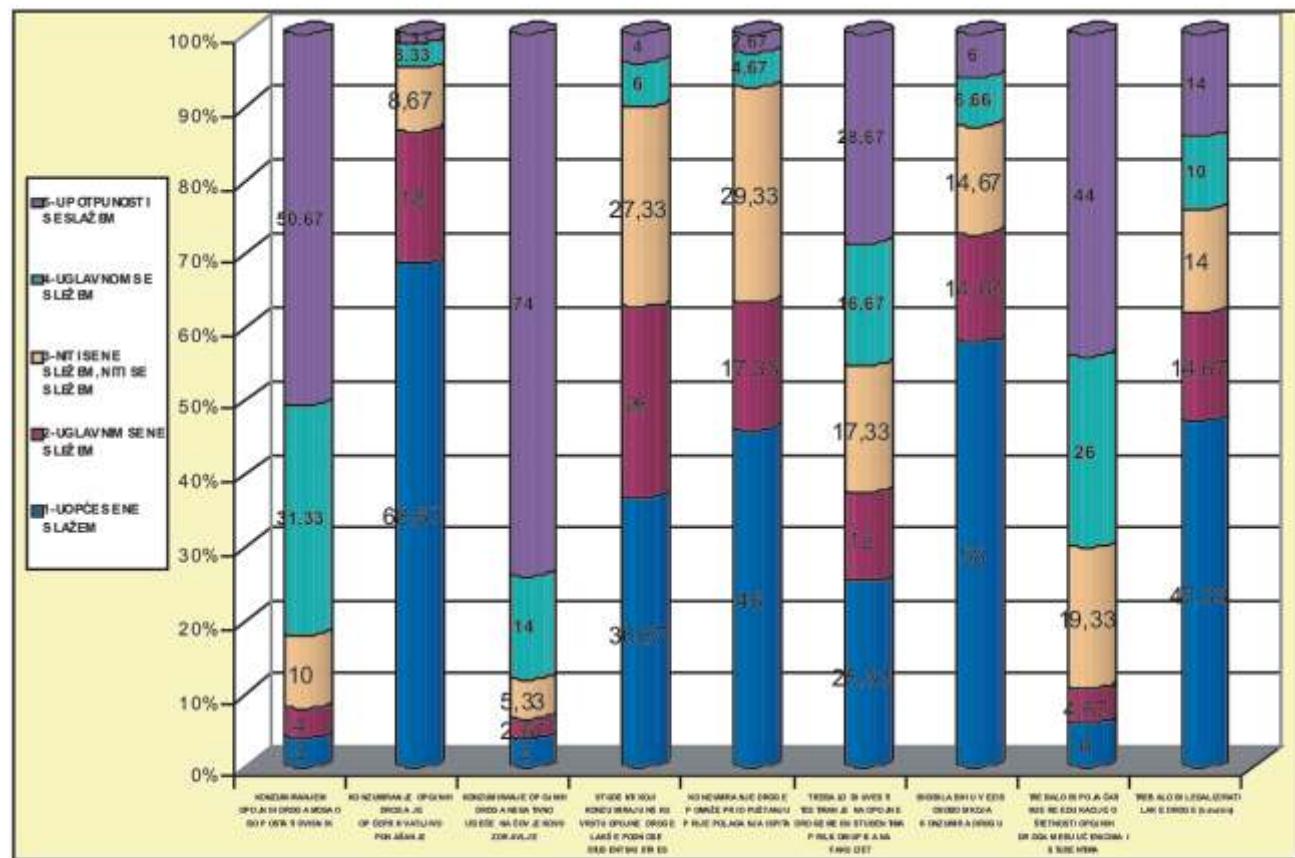
Na slici 4. vidljivo je da studenti Zdravstvenog veleučilišta nisu jako skloni svakodnevnom konzumiranju opojnih droga, samo njih 2,6% se svakodnevno drogira. Ostali studenti su se podijelili u dvije jednake skupine od po 48,7% koje povremeno konzumiraju opojne droge te koje su opojne droge samo probali.

Na slici 5. prikazano je da velika većina anketiranih studenata Zdravstvenog vеleučilišta koji su se izjasnili da su konzumirali bilo koju vrstu opojne droge (točnije njih 97,4%) drogu konzumirali svojevoljno, dok je ostatak studenata od 2,6% drogu konzumiralo na nagovor. Iz toga možemo zaključiti da studenti Zdravstvenog vеleučilišta u velikoj većini sami odlučuju što je za njih dobro, a što ne.

Slika 5. postotni prikaz odgovora studenata



Slika 6. prikazuje stupanj slaganja studenata Zdravstvenog vеleučilišta sa svakom navedenom tvrdnjom



Slika 6. prikazuje stupanj slaganja studenata Zdravstvenog vеleučilišta sa svakom navedenom tvrdnjom

Svaka je tvrdnja navedena u tekstu koji slijedi te je objašnjena:

S prvom tvrdnjom „konzumiranjem opojnih droga mogao bi postati ovisnik“ se u potpunosti složio najveći broj studenata, točnije njih 76 (50,67%) što

AKO STE KONZUMIRALI NEKU VRSTU OPOJNE DROGE DA LI JETO BILO:



ukazuje na to da su studenti uglavnom svjesni opasnosti koje sa sobom nosi makar i samo jedno konzumiranje droga.

S drugom tvrdnjom „konzumiranje opojnih droga je općeprihvatljivo ponašanje“ se uopće nije složilo 103 studenata (68,67%) a to nam pokazuje da studenti u velikoj mjeri misle da droga u društvu nije prihvatljiva.

Treća tvrdnja „konzumiranje opojnih droga negativno utječe na čovjekovo zdravlje“ - složilo se 74% studenata ili njih 111. 2/3 studenata je apsolutno svjesno kakve opasnosti za zdravlje nosi konzumiranje droga. Tih 74% koji se u potpunosti slažu sa navedenom tvrdnjom nam potvrđuju i prethodno pitanje u anketi „da li ste konzumirali neku vrstu opojne droge“. Analizom tog pitanja zaključeno je da 75% studenata nije nikad konzumiralo opojne droge. Uočeno je da su se gotovo svi studenti koji nikad nisu konzumirali opojne droge odlučili za odgovor „u potpunosti se slažem“.

S četvrtom tvrdnjom „studenti koji konzumiraju neku vrstu opojne droge lakše podnose studentski stres“ se uglavnom ili uopće nije složilo 94 studenata 62,67%.

Taj nam rezultat pokazuje da studenti uglavnom ne pribjegavaju korištenju opojnih sredstava bilo kao pomoć pri učenju ili kao nekoj vrsti razonode. Vidimo također da se 15 studenata (10%) slaže s tvrdnjom što nas asocira na to da koriste opojne droge bilo kako bi se opustili tijekom stresova uzrokovanim ispitima ili kao pomoć da duže ostanu budni i koncentrirani kod učenja.

Tvrdnja „konzumiranje droga pomaže pri opuštanju prije polaganja ispita“ je pažljivo čitajući slična prethodnoj tvrdnji. Tom tvrdnjom se htjelo vidjeti da li su anketirani studenti vjerodostojni. Došli smo do zaključka da uglavnom, tj. u velikoj većini jesu. Jesu zato što se uglavnom ne slaže ili uopće ne slaže 95 studenata (63,33%) što je neznatno više od postotka u prethodnoj tvrdnji (62,67%). Nadalje vidimo da su također odstupanja na slijedećim odgovorima mala, svega 2-3%. To nam ukazuje da su studenti u velikoj mjeri pazili što odgovaraju te nisu pobijali svoje odgovore, nego su ostali vjerodostojni.

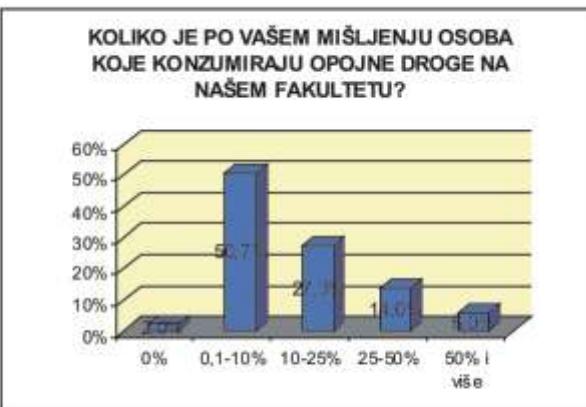
S tvrdnjom „trebalo bi uvesti testiranje na opojne droge među studentima prilikom upisa na fakultet“ se u potpunosti slaže i u glavnom slaže 78 studenata (45,34%). Dok se uglavnom ne slaže ili uopće ne slaže 56 studenata (37,33%). To nam ukazuje da su studenti Zdravstvenog veleučilišta podijeljenog mišljenja u vezi navedene tvrdnje. Iako je većina za to da se provede testiranje prilikom upisa na fakultet to ipak nije iznad polovična većina kao na nekim prethodnim pitanjima. Stoga možemo zaključiti da studenti ne žele dodatno opterećenje i stres prilikom upisa na fakultet.

Tvrdnja „bio/bila bih u vezi s osobom koja konzumira drogu“ nam ukazuje da studenti u velikoj većini (njih 109 ili 72,67%) ne bi bili spremni stupiti u

vezu s ovisnikom/ovisnicom. Ulazak u vezu s osobom koja konzumira droge htjeli mi to ili ne znači i dodatne probleme i stres kojega već imamo dovoljno dok ispunjavamo svoje fakultetske obaveze. Studenti koji ulaze ili jesu u takvim vezama mogu i sami ući u svijet droge i na taj ili na bilo koji drugi način zanemariti svoje fakultetske obaveze.

Predzadnja tvrdnja „trebalo bi pojačati mjere edukacije o štetnosti opojnih droga među učenicima i studentima“. Stupanj potpunog slaganja i uglavnom slaganja s navedenom tvrdnjom nam ukazuje da većina studenata (njih 105 ili 70%) želi dobiti više informacija o štetnosti opojnih droga za mlade ljude. Sвесни su toga da bi ulaskom u svijet opojnih droga mogli nepovratno našteti ne samo sebi nego i svojoj okolini (roditelji, braća i sestre, partner, prijatelji).

Zadnja tvrdnja „trebalo bi legalizirati lake droge (kanabis)“ nam daje potvrdu na pitanje prikazano na slici 2. „da li ste konzumirali neku vrstu opojne droge“. 24,67% studenata se na tom pitanju pozitivno izjasnilo glede konzumiranja neke vrste opojne droge. A kako su svi studenti koji su konzumirali opojne droge konzumirali neku od lakih droga dolazimo do zaključka da su baš ti studenti za legalizaciju lakih droga. Na to nam ukazuje i brojka od 36 studenata (24%) koji se u potpunosti ili uglavnom slažu sa zadnjom tvrdnjom.



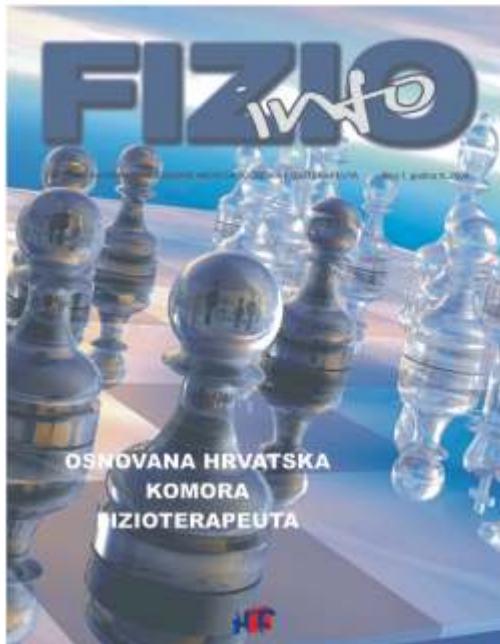
Slika 7. postotni prikaz mišljena studenata u vezi konzumiranja opojnih droga od strane njihovih kolega

U uzorku od 150 anketiranih studenata Zdravstvenog veleučilišta njih 2% (3 studenta) je mišljenja da njihove kolege ne konzumiraju nikakve opojne droge. Nadalje vidimo da njih 50,7% (76 studenata) misli da droge konzumira između 0,1 i 10% njihovih kolega. 27,3% (41 student) misli da je ta brojka između 10 i 25%, nadalje 14% (21

student) misli da opojne droge konzumira između 25 i 50% njihovih kolega, te preostalih 6% (9 studenata) misli da droge konzumira 50% i više njihovih kolega. Analizirajući uzorak od 150 studenata i njihovo konzumiranje opojnih droga pokazalo se da opojne droge konzumira 24,67% studenata Zdravstvenog veleučilišta, što može ukazati da studenti možda nisu ni svjesni koliko je konzumacija opojnih droga raširena na našem veleučilištu, a to je vidljivo iz toga što većina studenata misli da opojne droge konzumira između 0 i 10% njihovih kolega.

ZAKLJUČAK

U istraživanju je korišten uzorak od 225 studenata od kojih je 150 valjano ispunilo anketu. Od tih 150 studenata je 49 studenica i 101 student. Rezultati istraživanja ukazuju da opojne droge konzumira 37 studenata (24,67%) od njih 150. Nadalje, rezultati pokazuju da studenti najčešće konzumiraju lake opojne droge kao što su marihuana i hašiš, te da bi gotovo identičan broj studenata 24% htio da se uporaba tih droga legalizira. Studenti Zdravstvenog veleučilišta su u velikoj većini svojevoljno probali opojne droge i time pokazali da sami odlučuju o svojoj sudbini. Rezultati istraživanja također pokazuju da većina studenata nije sklona ulasku u emocionalnu vezu sa ovisnikom o opojnim sredstvima, zatim da studenti konzumiraju opojna sredstva kako bi se opustili i smanjili stres prije ispita.



LITERATURA

1. Sakoman, S., (1995.) Doktore, je li istina da trava čisti pluća? 9-12.str., 18-21.str., 31-33.str., 41-48.str., 52-57.str., 69-73.str. Sys print, Zagreb
2. Sakoman, S., (2002.) Obitalj i prevencija ovisnosti. 35-36.str., 123-127.str. Sys Print, Zagreb
3. Gossop. M., Grant. M., (1992.) Zloupotreba sredstava ovisnosti. Prevencija i nadzor. 37-38.str. Školska knjiga, Zagreb
4. Muačević. V., i suradnici, (1995.) Psihijatrija. 407.str. Medicinska naklada, Zagreb
5. www.ne-ovisnost.hr/FO/slike.html
6. www.vutra.org/ostalo-konoplja.php
7. www.wikipedia.org/wiki/Joint-cannabis
8. www.thenmagicdragon.org/?p=285&lang=hr
9. www.wikipedia.org/wiki/heroin
10. www.narkomanija.ba/index.php?id=145
11. www.narkomanija.ba/index.php?id=147
12. www.ezadar.hr/clanak/zaustavili-ga-u-smokovicu-i-nasli-mu-hasis
13. www.droge.hr/heroin.html
14. www.droge.hr/lsd.html
15. www.dnevnik.hr/vijest/zdravlje/u-razvoju-cijepivo-za-kokain.html
16. <http://judzks.ba/Default.aspx?tabid=446>
17. www.droge.hr/speed.html
18. www.surefire.javno.info/gn.php?m1&rbr=22094&kategorija

RADNA TERAPIJA KOD DJECE S NEURORAZVOJnim POREMEĆAJIMA I ULOGA OBITELJI

dr. sc. Ljiljana Popović Miočinović, prim. dr. med., specijalist pedijatrijske neurologije⁽¹⁾

Jelena Sunarić, bacc. therap. occup.⁽¹⁾

Iva Bekić, bacc. therap. occup.⁽¹⁾

Marija Tokić, studentica radne terapije⁽²⁾

⁽¹⁾ Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama, Zagreb

⁽²⁾ Zdravstveno veleučilište u Zagrebu

UVOD

Djetetovo zdravlje, razvoj i edukacija odvijaju se u obitelji stoga radni terapeuti trebaju razumjeti što je obitelj i kako obitelj funkcioniра. Zadnjih dvadesetak godina, istraživanja koja koriste dinamičko sistemski i ekološki model naglašavaju da je djetetov razvoj neodvojiv od obiteljskog konteksta (Bronfenbrenner, 1986). Brojne su definicije obitelji, jedna od njih « obitelj je grupa pojedinaca s međusobno povezanim okupacijama». Promjene okupacijskih izvođenja jednog člana obitelji utječu na druge članove. Na primjer: kada dijete počinje hodati, njegova pokretljivost i istraživačka igra utječe na druge članove. Roditelji trebaju osigurati da dijete bude zaštićeno i sigurno u svom domu (skloniti iz djetetova dohvata krhke stvari, tepihe osigurati da ne klize), starija braća i sestre trebaju promijeniti svoje aktivnosti, jer im «novi hodač» može uzimati njihove igračke ili praviti nered u sobi. Baki i djedovi trebaju znatno više energije da mogu pružiti dnevnu skrb djetetu. Radni terapeut treba prepoznati da je obrazac ponašanja i način izvođenja svakoga člana obitelji međuvisan, te biti sposoban sagledati složenost situacije kada dođe do promjena u okupacijama jednog člana. Kod djece sa onesposobljenjem i oštećenjem, okupacijske uloge članova obitelji se značajno mijenjaju. Na primjer: dječa sa cerebralnom paralizom trebaju dodatnu angažiranost članova obitelji, u kući jer imaju pet puta češće promjene u ponašanju nego li zdrava dječa (ovisnost, hiperaktivnost, nepredvidive reakcije), ne usvajaju aktivnosti samozbrinjavanja automatski, prirodnim rastom i razvojem, nego ih treba podučavati, i izvan kuće (transport u bolnicu, češće su bolesna nego li zdrava dječa). Članovi obitelji s svojim jedinstvenim emocionalnim doživljajima i dnevnim kontaktima s

djetetom najbolje mogu procijeniti što su djetetove potrebe, sposobnosti i okupacijski interes. Radni terapeut bi trebao svaku planiranu intervencijsku aktivnost proanalizirati sa članovima obitelji (ili majkom) jer se pokazalo da su uspješnije savladane one okupacije djeteta koje obitelj smatra značajnim i potrebnim za svoga člana. Osim toga radni terapeut treba upoznati i obiteljske vrijednosti, ako je obitelji važno da vikendom posjećuje baku i djeda, tada ne bi trebao organizirati svoj intervencijski tretman vikendom. Radni terapeut treba naučiti već na studiju, a kasnije utvrđivati kroz praksu da radno terapijska intervencija, «vježbe» nisu zbog vježbi, već zbog toga da pomognu djetetu da postigne maksimum funkciranja sam sa sobom, sa članovima svoje obitelji i svoje šire zajednice (škola, trgovina, crkva, vršnjaci). Potrebno je sagledavati cjelokupni život djeteta i cjelokupni život obitelji u okruženju u kojem žive, sa svojim nasljeđem, sa svojim kulturnim i socijalno-ekonomskim potrebama. Obitelji se razlikuju po svojoj strukturi, načinu života, socijalno-ekonomskom statusu, etničkoj i lokalnoj pripadnosti. Ove razlike u obiteljima, podrazumijevaju i razlike među pojedinim članovima, te tako određuju njihovu okupacijsku participaciju u obitelji i izvan obitelji.

Obiteljska struktura

Obiteljsku strukturu određuje odnos među članovima obitelji i tako se oblikuju okupacijska očekivanja, potrebe i angažiranost. Radni terapeut treba znati od kojeg člana ili kojih članova obitelji može očekivati suradnju i u kojoj mjeri. U našem okruženju, obično je to majka, neovisno je li to cjelovita obitelj ili je majka samohrana. Očevi pet puta rjeđe sami odgajaju svoje dijete, a tada imaju pomoć za njegu djeteta.

Način života odraslih članova može utjecati na okupacijsko izvođenje djeteta. Na primjer: Djeca koja su posvojena u obitelji jednospolih zajednica, ovise o stavovima šire zajednice . Djetetu to može (ali i ne mora) biti dodatna otežavajuća okolnost kod funkcioniranja u toj zajednici. Etnička pripadnost i naslijedene lokalne vrijednosti mogu utjecati na stavove o ulozi majke , oca , zdravog ili bolesnog djeteta, zdravog ili bolesnog sina , zdrave ili bolesne kćeri , zdravog ili bolesnog djeteta po redoslijedu rođenja (prvorodenac ili mezimče) .U našem okruženju može se naći stav da je muško dijete « vrijednije» od ženskog, da onesposobljeno dijete (na primjer sa Downovim sindromom) ne treba osamostaljivati u aktivnostima dnevnoga života , da se cerebralno paraliziranog djeteta treba sramiti u široj zajednici. Radni terapeut treba poznavati ove obiteljske karakteristike da bi intervencijski tretman planirao i usaglašavao sa vrijednostima, koje ima upravo ta jedinstvena obitelj .Ponekad je potrebno nemametljivo upozoriti roditelje da postoje i drugi stavovi. Nije dobro upotrebljavati izraze kao što su : "Vi trebate promijeniti mišljenje o svom onesposobljenom djetetu... ", već treba koristiti izraze tipa "Ja mislim ili neki ljudi misle da onesposobljeno dijete ...". Obiteljske vrijednosti, ovoga tipa su sastavni dio ličnosti, obično ih nije moguće značajno mijenjati, ali nemametljivim i odgovarajućim pristupom mogle bi se postići neke povoljnije okolnosti za onesposobljeno dijete.

Socioekonomsko stanje obitelji

Ovim pojmom obuhvaćeni su: materijalni , ljudski i socijalni kapitali obitelji.

Materijalni kapital obitelji znatno utječe na okupacijsko izvođenje svih članova obitelji. pa tako i djeteta s posebnim potrebama.

Ljudski kapital je jako važan čimbenik u funkcioniranju obitelji. Djetetovo intelektualno okruženje određuje stupanj obrazovanosti odraslih članova obitelji, njihov položaj na radnom mjestu i društvu. Radni terapeut u planiranju intervencije treba znati je li majka (roditelj) obrazovana, može li razumjeti upute, ima li sredstava i načina da ih provodi kod kuće. Na primjer: ako je samohrana majka podstanar, plakanje djeteta tijekom tretmana može smetati «gazdi» i tako sprečavati majku da provodi zadani intervenciju i slično. Obrazovaniji roditelji često koriste i mogućnosti koje pruža internet da saznaju više o problemu djeteta, to realno postavlja veliki zahtjev i za radne terapeute. Socijalni kapital članova obitelji (osobito odraslih) može pružiti djetetu i povoljne i nepovoljne prilike u širem okruženju. Povoljno je okruženje druženje sa

obiteljima koje imaju također onesposobljeno dijete, religijske grupe ili druge grupe koje mogu osigurati dobrovoljnu pomoć. Socijalni kapital je promjenljiv, na primjer: kada se obitelj preseli u drugo mjesto, kada se depresivna majka prestaje družiti sa susjedima i slično.

Roditeljski stil

Karakteristike i pojedinačni stil odraslih koji pružaju skrb djetetu je ključni čimbenik za razumijevanje različitosti obitelji. Odrasli pod različitim utjecajima (ranije navedenim) oblikuju svoj stav, što je prihvatljivo roditeljstvo. Izraz "roditeljstvo je nešto što je spoznato, a ne zamišljeno". Isto tako radni terapeut ima svoje vlastite ideje što je to roditeljstvo. Dijalog između roditelja i terapeuta (o tome što su djetetove potrebe, što ono treba učiniti za sebe i kako organizirati okupacije da kompenziraju oštećenje) nisu uvijek jednostavni i lagani. Suradnja je ponekada vrlo teška. Ako terapeut želi nametnuti svoj stav o roditeljstvu, to može dovesti do potpunog prekida suradnje s roditeljima jer oni po svom stilu roditeljstva ne mogu prihvati terapeutove sugestije. Roditelji također ne žele da ih terapeut prosuđuje, kao "dobre" ili "loše" roditelje. Problem također može nastati kada terapeut očekuje potpunu suradnju sa roditeljima a ista se ne ostvaruje. Roditelji koriste različite strategije da izbalansiraju različite obveze u svome svakodnevnom životu, pa tako i potrebnu skrb za dijete, kako za zdravo tako i za onesposobljeno. Neki roditelji se već osjećaju krivim jer ne mogu izbalansirati svoje obveze i obveze prema djetetu. Značajnu ulogu ima edukacija roditelja i složenost posla van kuće.

Dijete sa posebnim potrebama i obitelj

Ranije je rečeno da su okupacijske aktivnosti jednog člana obitelji nerazdvojno povezane sa okupacijskim aktivnostima drugih članova obitelji. Važno je znati da djetetova onesposobljenost ne podrazumijeva istovremeno i deficit obitelji, ona bi prije značila potrebu prilagođavanja svih članova obitelji. Svaka obitelj živi u svom fizičkom ,socijalnom i kulturnoškom okruženju i to okruženje određuje organizaciju života obitelji i njihove djece, određuje vrijednosti i vjerovanja o važnosti pojedinih segmenata njihova života, i posljedično tome njihovoj potrebi angažiranja.

Dijete s posebnim potrebama utječe na obitelj . Taj utjecaj se razlikuje i određuje ga: (1) dob i sposobnosti djeteta, (2) stav obitelji prema pojedinom oštećenju ili onesposobljenosti; (3) motivacija i vještina odraslih da razumiju djetetovu

nesposobnost; (4) stav odraslih o okupacijskim aktivnostima i roditeljstvu. Roditelji djeteta sa posebnim potrebama moraju osigurati dodatno vrijeme za dijete. Praksa je pokazala da u većini slučajeva majka, preuzima većinu dodatnih aktivnosti (briga o zdravlju, rehabilitaciji, edukaciji i drugom). Onesposobljenosti koja su izrazito stresna i zahtijevaju puno dodatnog vremena su: višestruka neurološka oštećenja, poremećaji ponašanja i kronične bolesti jer zahtijevaju učestalu hospitalizaciju i dugotrajnije njegovanje kod kuće. Majka je veza između brojnih stručnjaka koji skrbe za dijete i članova obitelji. Ona prenosi u svoju obitelj sve što se s djetetom događa i što će se događati u budućnosti, ali i sve to treba uskladiti za očekivanjima svoje obitelji. To je ponekad izuzetno teško jer nailazi na nerazumijevanje i stručnjaka i obitelji. Stručnjaci koji se bave djetetom s posebnim potrebama, pa tako i radni terapeuti trebaju imati razumijevanja za takvu zahtjevnu ulogu majke. Nerijetko je dijete dodatno opterećenje i za opstanak braka. I u brakovima koji su skladni, istraživanja pokazuju da majka nosi više od dvije trećine svih obveza za dijete u odnosu na oca. Očevoima koji su zaposleni izvan kuće, to je i izlika da se pomalo distanciraju od toliko puno obveza. Sve gore navedeno ne odnosi se na sve obitelji. Iskustava iz prakse govore da je u nekim slučajevima otac nosilac programa za osposobljavanje djeteta i da učestvuju i drugi članovi obitelji. Danas postoje brojne strategije za uključivanje očeva u proces osposobljavanja djece sa posebnim potrebama. Ninio i Rinott (1988) preporučuju: uključiti oca u planiranje intervencije, ponuditi terapijski tretman u večernjim satima ili vikendom, usredotočiti se na davanje informacija o onesposobljenju djeteta i napredovanju djeteta, kreirati okupacijske aktivnosti u kojima će i otac uživati. Život sa djetetom sa posebnim potrebama utječe na različite načine i na njegovu braću i sestre. Ovaj utjecaj određuje nekoliko čimbenika: težina onesposobljenja, dob i redoslijed rođenja djece i stav obitelji prema onesposobljenju. Neki istraživanja navode da su braća i sestre često negativistična prema roditeljima, a roditelji navode da su braća i sestre frustrirani, da često ne razumije da takvo dijete treba dodatnu pažnju i dodatno vrijeme roditelja. Postoje i strategije za povećavanje razumijevanja i tolerancije braće i sestara. Neki roditelji imaju i drugačija iskustva jer se starija braća i sestre uključuju u brojne okupacijske aktivnosti koje nameće obiteljski život sa djetetom s posebnim potrebama. Dijete sa posebnim potrebama utječe i na širu obitelj. Utjecaj ovisi o

brojnim karakteristikama obitelji koje povezuju ili razdvajaju primarnu obitelj od šire obitelji. Ispitivanja pokazuju da baki i djedovi imaju i pozitivne i negativne osjećaje, da prolaze kroz različite faze prilagođavanja na onesposobljenog unuka. Negativni su osjećaji ljutnja i konfuzija, koja može postajati slabija tijekom vremena, ali ponekada nikada ne nestaje. Pozitivni osjećaji su prihvatanje i osjećaj vlastite uloge u pomoći djetetu. Ovi osjećaji vremenom se i povećavaju. Baki i djedovi obično od roditelja saznavaju o problemima djeteta, i rijetko traže dodatna pojašnjenja stručnjaka. Šira obitelj osim baka i djedova (ujaci, tetke, bratići) vrlo su važni kao emocionalna i socijalna pomoć. Kada roditelji nemaju potporu šire obitelji osjećaju se frustrirani, povrijeđeni i često prekidaju odnose. Radni terapeut treba poznavati i ovaj segment obiteljskog života, da bi mogao poticati širu obitelj da se uključi u neke intervencijske programe, davati im informacije o onesposobljenju djeteta i kreirati aktivnosti koje će provoditi šira obitelj. Utjecaj djeteta s posebnim potrebama na funkcionaliranje obitelji je višestruk. Dovodi do promjena obiteljskih uloga, potrebe za iznalaženjem dodatnog vremena za "uvježbavanje" aktivnosti dnevnoga života, utječe na organizaciju slobodnog vremena i zabave, socijalizaciju i učestvovanje u društvenim aktivnostima, na emocionalni život i druge segmente života u obitelji.

Utjecaj na ekonomsko stanje obitelji

Dijete s posebnim potrebama utječe direktno na ekonomsko stanje obitelji. Prvo jedan od roditelja mora ostati kod kuće da bi osigurao dodatnu skrb za dijete, što direktno utječe na dohodak obitelji. Majke obično ne mogu raditi puno radno vrijeme zbog toga jer moraju vježbati s djetetom, odvoziti ga pedijatru na dodatne preglede i prefrage, sudjelovati u školskim obvezama djeteta. Drugo: sve navedene obveze zathjevaju i dodatne troškove (transport, osiguravanje čuvanja za drugu djecu, sudjelovanje u finaciranju prilagođenog pribora, obuće, kolica i brojnih drugih pomagala). Obzirom da majka ne radi puno radno vrijeme, prihod joj je manji ona postaje zavisnija od drugih članova obitelji i zbog toga frustrirana. Radni terapeut mora i to imati na umu kada planira intervencijski program.

Vrijeme potrebno za aktivnosti dnevnoga života djeteta s posebnim potrebama

Dijete sa posebnim potrebama obično treba pojačanu i dugotrajniju pomoć u aktivnostima svakodnevnog života, nego li njegovi zdravi

vršnjaci. Način iznalaženja toga dodatnog vremena, kao i samo vrijeme koje troši onaj koji njeguje dijete su dodatno frustrirajuće i smanjuju mogućnost obitelji da provodi slobodno vrijeme u zabavnijim aktivnostima. Majka koja provodi puno vremena hraneći dijete sa teškim oralno-motornim problemima ima manje vremena za svoju drugu djecu i muža. Ispitivanja su pokazala da majke djece sa Downovim sindromom troše tri puta više vremena za kupanje, nego li majke zdravog djeteta. Očevi troše dva puta više vremena za njegu djeteta sa Downovim sindromom, nego li očevi zdrave djece (Barnett i Boyce, 1995). Radni terapeut koji razumije ove probleme planirati će okupacijske aktivnosti koje mogu pomoći majci da lakše savlada zadatak, prilagođavanjem zadatka ili okoline. Na primjer: vrijeme hranjenja djeteta sa oštećenjem oralne motorike može se skratiti, ako je dijete u sjedalici koja podupire položaj djeteta, priborom koji je prilagođen, pravilnom tehnikom hranjenja i drugim radnoterapijskim metodama.

Slobodno vrijeme i zabava obitelji djeteta sa posebnim potrebama

Slobodno vrijeme koje obitelj može planirati i provoditi s djetetom koje ima posebne potrebe je ograničeno, jer je potrebno za sa uvježbavanjem zadataka ili dodatnu poduku. Ponekad roditelji zaboravljaju da je njihovo onesposobljeno dijete ipak samo dijete. Oni iz dobre namjere zaborave da je sve vrijeme koje provode s djetetom je zapravo zauzeto djetetovim hendihekpm. Neovisno o tome što dijete radi roditelji ga neprestano opominju "sjedi ravno, da ti se ne pogorša zakrivljenost kralježnice", "ne držiš pravilno žlicu", "stani punim stopalom" itd . Djeca obično stalno ne misle na svoj hendihek, kao roditelji. Djeca žele i da se odmore od stalnih uputa.

Radni terapeut treba savjetovati roditeljima da reorganiziraju svoje vrijeme te nađu vremena i za zabavu i rekreaciju. Zadatak je radnog terapeuta da savjetuje i kreira zadatke koji će djetetu biti zabavni ali i korisni (adaptirani pribor za rekreaciju). Ovako provedeno vrijeme pomaže obitelji da bolje funkcionira.

Socijalizacija i participacija u društvenim aktivnostima
Društvene aktivnosti obitelji su jako važne za razvoj djeteta , osobito djeteta sa posebnim potrebama. Kod takve djece obično je kašnjenje u usvajanju socijalnih vještina, što može imati odraz na razvoj jezika i kognicije ili negativan stav prema vršnjacima .Dijete sa posebnim potrebama može imati različite prepreke u učestvovanju u društvenim aktivnostima,

zbog svoga fizičkog ili psihosocijalnog hendihepa (nepokretnost , problemi u ponašanju). Roditelji , iako znaju da je za njih i njihovo dijete dobro da se druže sa susjedima ili prijateljima često su razočarani i povrijeđeni, jer drugi ljudi nerado prihvataju druženje sa njima.

Radni terapeut treba upoznati (putem intervju) društvene aktivnosti djeteta i obitelji , te savjetovati i kreirati intervenciju koja će poboljšati društvene aktivnosti .Tijekom druženja djeца imaju prilike vidjeti različite odnose i imitirati ih, i na taj način stječu nove vještine komunikacije i poboljšavaju svoje vještine međuodnosa sa drugima.

Utjecaj djeteta sa posebnim potrebama na emocionalne odnose u obitelji.

Utjecaj djeteta sa posebnim potrebama na emocionalne odnose u obitelji , može biti pozitivan ali i negativan. Često takvo dijete zblizi članove obitelji, ali je i obrnuto. Ukoliko je jedan od roditelja potpuno angažiran oko takvog djeteta, dolazi i do rastave braka. Emocionalne potrebe adolescente sa posebnim potrebama , su segmetni njegova života u kojem mu terapeut treba pomoći savjetom, kao i njegovoj obitelji.

Dinamika obiteljskog života

Obitelj je podložna promjenama i prilagođavanjem svojih članova prolazi svoj dinamički ciklus (radjanje djeteta, vrtić, škola, odlazak djeteta od kuće , dolazak đeda i bake u kućanstvo, preseljenje, gubitak posla ili nove obveze na poslu itd). Obitelj djeteta sa posebnim potrebama također je podložna dinamici ali u nekim obiteljima doba njegovanja djeteta ne završava djetinjstvom, već se proteže i u odraslu dob.Radni terapeut mora razumjeti da su roditelji frustrirani takvom dinamikom svoje obitelji , zbog toga je potrebno da planira intervencijski tretman koji će im pomoći u svakoj životnoj fazi.

Rano djetinjstvo

Rođenje djeteta,dolazak novoga člana obitelji donosi osim radosti višestruke obveze roditeljima .Rođenje djeteta koje ima zdravstvene probleme i koje treba dodatni angažman roditelja često napravi potpunu konfuziju u funkcioniranju roditelja. Nakon šoka roditelji počinju tražiti različite informacije i izvore pomoći, zabrinuti su i uplašeni za budućnost djeteta (hoće li ići u redovnu školu? hoće li se samostalno moći brinuti o sebi?). Radni terapeut, kao i svi drugi stručnjaci u timu trebaju razumjeti roditeljsku brigu, pomoći im da što lakše i brže prođu fazu "užasa" i da započnu korisno pomagati

djetetu.

Školska dob

Kada zdravo dijete polazi u školu to je uzbudjujući trenutak za roditelje, to im je znak da je njihovo dijete samostalno i da je spremno učiti i uključivati se u nove životne izazove. Dob, kada dijete sa posebnim potrebama postaje školski obveznik za njegove roditelje je dodatno frustrirajući na puno načina. Neka djeca imaju mentalne, neka fizičke zapreke da polaze redovne školske programe. Inkluzija djece sa posebnim potrebama u sredine sa zdravim vršnjacima dobar je model edukacije, ali može biti frustrirajući i za dijete i roditelje. Dijete zapaža da je drugačije, roditelji imaju dodatne obveze, prijevoz u školu, pomoć kod hranjenja u školi, odlaska na toalet, pomoć kod savladavanja školskog gradiva. Radni terapeut koji radi s djecom treba biti dodatno educiran da pomogne dijetetu i roditeljima u novoj fazi životnog ciklusa.

Adolescencija

Zadnjih desetljeća oblikuje se novo profesionalno shvaćanje funkciranja obitelji sa onesposobljenim dijetetom. Ranija pretpostavka da postojanje onesposobljenog člana dovodi do poremećaja u funkciranju obitelji zamijenjena je neutralnijim opisima procesa prilagođavanja. Roditelji objašnjavaju da im njihova djeca donose produktivne izazove, osjećaj ponosa, ispunjenosti i uživanje obitelji. Snaga obitelji da postigne uspjeh i tako sreću i životno zadovoljstvo izvor je nadahnuća za radne terapeute. (Helfer i Glidden, 1998). Činjenica da se većina obitelji uspješno prilagođava ne bi trebala navesti radne terapeute da zanemare početne i stalne izazove s kojima se obitelj suočava. Vrijeme suočavanja i prilagođavanja ovise o tome da li do onesposobljenosti doveo akutni traumatski događaj ili postepeni razvoj. Nakon dijagnostičkog perioda obitelj prolazi kroz novi/drugačiji period života. Kako obitelj sagledavamo kao jedinstveni sistem unutar jedinstvenog sociokulturalnog miljea, ne iznenadjuje da ne postoji jedan model koji može potpuno objasniti kako se takva obitelj prilagođava.

Model stupnjevane prilagodbe

Model prilagođavanja obitelji na tešku akutnu bolest ili onesposobljenost dijeteta opisuje se u četiri stadija: početni šok, stadij poricanja, stadij orientacije i stadij akcije (Rape, Bush i Slavin, 1992).

Početni šok

Kada obitelj prvi put čuje da njihovo dijete ima problem dožive početni šok. U slučajevima ozljede

ili akutne nastale bolesti to je naglo, obitelj se uplaši za život dijeteta, zbuđena je i ljuta. U drugim slučajevima, kada dijetetova bolest nije prepoznata kod rođenja, roditelji mjesecima, čak i godinama strahuju da s dijetetom ipak nešto niše u redu. Tijekom dijagnostičkog perioda zabrinutost roditelja se povećava, a nakon potvrđivanja dijagnoze obitelj postaje ljuta, poriče takvo stanje dijeteta.

Stadij poricanja

Za dijelu koja su se naglo razboljela, roditelji se nadaju da će sve ponovno biti u redu, u tom periodu stručnjaci mogu biti jako iznenadeni roditeljskim nerealističkim očekivanjima. Na primjer: nakon teške ozljede glave dijeteta, roditelji govore stručnjacima o visokim obrazovnim dosezima svoga dijeteta. Ova period terapeut mora prepoznati, ne kao neprihvatanje dijagnoze, nego potrebu obitelji da se nada. U djece koja su tek tijekom svoga razvoja pokazala onesposobljenost, roditelji govore da je njihovo dijete kao i sva druga djeca, da će ići u redovnu školu i doseći visoke obrazovne ciljeve. U tom periodu roditelji obično navode "dijete je lijeno", "terapeut je kriv što dijete nema potrebne vještine" i slično. U tom periodu roditelji mijenjaju terapeute, a i druge stručnjake. Obično odabiru one koji ih podržavaju u njihovim nerealnim očekivanjima. Osim stručnjaka u ovoj fazi poricanja roditelji okrivljuju i bračnog partnera, njegovu familiju pa i sami sebe. Ovo je stadij koji moraju prepoznati svi stručnjaci, pa tako i terapeuti i jer tada proizlaze i problemi u komunikaciji, a to može potrajeti i godinama, te se može izgubiti dragocjeno vrijeme za pomoći dijetetu.

Stadij informacija

U ovom periodu obitelj uviđa da je dijete drugačije od druge djece, postaju žalosni ali i traže dodatne informacije kako bi pomogli svom dijetetu. Roditelji djece koja su rođena sa onesposobljenjem prolaze kroz duži period tuge i žalosti jer su nažlost spoznali vrlo rano da je će njihovo dijete biti drugačije (na primjer mentalno retardirano dijete), nego li roditelji koji su iznenada doživjeli tešku povredu svoga dijeteta. Terapeut se u ovom periodu treba pripremiti da dade pravovaljane informacije o stanju dijeteta i očekivanjima, kratkoročnim i dugoročnim ciljevima postizanja okupacijskih aktivnosti.

Stadij akcije

Konačna faza u prilagođavanju je akcija, želja da se na najbolji način pomogne dijetetu. U tom periodu roditelji zaista su puni snage i energije da

se uhvate u koštač s problemom i da što realnije postave cilj, da i njihovo dijete dosegne svoje maksimalne mogućnosti. Ovakav način opisivanja prilagodbe obitelji ima i nedostatak. Prvo nastao je kliničkom promatranju i nije potvrđen istraživanjima (Rape i sur. 1992.). Drugo sve obitelji ne prolaze sve stadije i neke obitelji se bolje prilagođavaju od drugih. Treće period prilagođavanja i prolazanje navedenih stadija nije završen proces, jer brojni životni događaji obitelji mogu vratiti na prethodne stadije. Na primjer: kada roditelji vide da susjedovo dijete hoda, ili kada njihovo dijete postaje školski obveznik. Četvrt po jedini članovi obitelji mogu biti istovremeno u različitim stadijima.

Model obiteljskog kopinge i prilagođavanja

Drugi model, za koje neki autori smatraju da je djelotvorniji za obitelj djeteta sa posebnim potrebama je Model obiteljskog kopinge i prilagođavanja. Tijekom vremena, sve obitelji se prilagođavaju životnim događajima i doživljavaju različite stupnjeve stresa. Stresni periodi događaju se u svim obiteljima (rođenje drugog djeteta, novi posao), ali neki događaji su jedinstveni za obitelji koje imaju dijete sa posebnim potrebama (polazak djeteta u specijalnu školu, planiranje čuvanja/ skrbi za adolescente). Stres i zahtjevi s kojima se obitelj mora nositi su dugotrajni su i teški, u takvim obiteljima dva puta je češća depresija, nego li u obiteljima zdrave djece. Kod nekih obitelji povećava se rizik za pojavu psihosocijalnih problema, dok se druge obitelji prilagođavaju dodatnim zahtjevima i nema jasno vidljivog poremećaja u funkcioniranju obitelji. Razlike u obiteljskom funkcioniranju ključne su i za coping stil i prilagođavanje.

Koping strategije su bitne za svaku obitelj koja je izložena stresu, traumi i promjenama. U literaturi se nalaze različite strategije kopinge: aktivno rješavanje problema, traženje socijalnog suporta, vraćanje u pozitivno duševno stanje, okretanje religiji i poricanje. Roditelji će uspješnije riješiti problem: aktivnim traženjem informacija, energičnim radom da riješe problem, komunikacijom o svojim osjećajima i balansiranjem između osobnih, obiteljskih i problema oko bolesti. Drugi roditelji pokazuju potrebu za emocionalnom podrškom, tražeći pomoći od obitelji i prijatelja. Roditelji navode da je emocionalna podrška jednako važna kao i stručne metode pomoći i informacije. Radni terapeuti kao i drugi stručnjaci moraju znati vrijednost emocionalne podrške. Poricanje kao strategija kopinge, javlja se povremeno kod većine roditelja. Radni terapeut treba potaknuti roditelja da prevladaju ovu fazu jer se može izgubiti

dragocjeno vrijeme potrebno za osposobljavanje djeteta ili iznalaženje djelotvorne kompenzacije. Terapeuti i roditelji trebaju uspostaviti partnerski odnos. Jasno da roditelji ne trebaju postati nadstručnjaci. Roditelji i terapeuti imaju različite odnose sa djetetom. Radni terapeut treba znati da roditelji takve djece mogu biti roditelji u krizi, ali nikako onesposobljeni roditelji. Roditeljima se moraju pružiti informacije o djetetovoj onesposobljenosti, razumljivim i njima prihvatljivim jezikom. Ove informacije se mogu pružiti na različite načine. Kada je radni terapeut član tima, njegove informacije trebaju biti uskladene sa stavovima drugih članova. Informacije o tijeku terapije i napredovanju djeteta drugi su način suradnje sa roditeljima. Dobrim se pokazalo da radni terapeut osim verbalnih uputa daje roditeljima i pisane upute i pisana pojašnjenja. Djelotvoran je način komunikacije putem "bilježnice" radni terapeut daje pisane upute za poboljšavanje funkcionalnog izvođenja, a roditelji mu isto tako odgovaraju napisanom "domaćom zadaćom". Roditelji vole da im se daju pisane informacije, kao što su kopije ulomaka iz knjiga, neki preferiraju slike i dijagrame, jer tako lakše mogu razumjeti položaje i načine rada s djetetom. Pokazale su se vrlo djelotvornim slike djeteta koje je u dobrom položaju kod hranjenja ili drugih dnevnih aktivnosti.

Roditelji sa posebnim potrebama

Radni terapeut mora biti pripravan i osposobljen za rad sa roditeljima koji i sami imaju posebne potrebe, to su roditelji sa tjelesnim hendikepima, mentalnom retardacijom, ovisnicima, alkoholičari i drugi. Uz svoje osnovno problematično stanje ovi roditelji nemaju neophodno potrebno samopouzdanje da mogu pomoći svom djetetu. Radni terapeut treba s puno strpljenja i umještosti izraditi povjerenje s takvim roditeljem, podići im samosvijest i samopouzdanje. Ima podataka da mentalno retardirani roditelji uz takvu pomoći mogu biti vrlo uspješni.

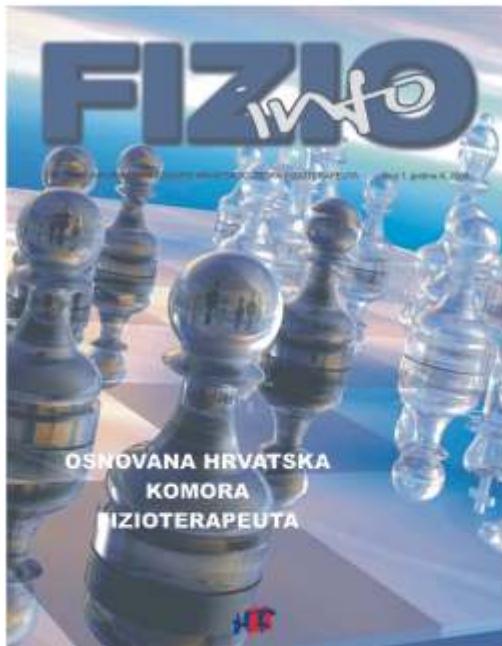
Obitelj i terapijska intervencija

Kada terapeut procjeni djetetove funkcionalne deficitne i planira terapijsku intervenciju, potrebno je da intervenciju uskladi i sa željama i potrebama roditelja i obitelji. Svaka terapijska intervencija biti će uspješnija, ako terapeut primjeni one zadatke koje se uklapaju u kućne aktivnosti obitelji. Obitelji se razlikuju u svojim željama, potrebama ali i u dnevnim aktivnostima. Roditelji su jako opterećeni ako zadatak koji su dobili od terapeuta ne mogu uvrstiti u svoj dnevni ritam. Uvijek treba imati na umu

da "vježba nije zbog vježbe", nego da pomogne i roditeljima i onesposobljenoj djeci da se lakše nose sa novonastalom situacijom. Nije dobro da se roditelje opterećuje i dodatnim osjećajem krivnje , jer ne mogu "uvježbati" zadatak . Isto tako potrebno uključiti u pomoć djetetu i druge članove obitelji je, potrebno je da terapeut daje zadatke koji mogu izvršavati starija braća (na primjer : vještine igranja s onesposobljenim bratom/sestrom), ili bake i djedovi (čitanje djetetu). Vježbanje uzima puno vremena roditeljima ,zato je neke vježbe potrebno uklopiti u uobičajene dnevne aktivnosti. Na primjer, roditelj može pružati taktilnu stimulaciju i povećavati opseg pokreta djeteta tijekom kupanja. Neke vježbe mogu se provoditi tijekom različiti rekreacijskih aktivnosti ; pozicioniranje djeteta i handling mogu se provoditi tijekom hranjenja, dok prilagođene sjedalice za kupanje mogu pomoći i djetetu i roditelju. Terapeut nikada ne smije zaboraviti da je "dijete dijete" i da mu od roditelja treba i emocionalno zadovoljstvo, kao i zabava, opušteno vrijeme s roditeljima (i tu treba pronaći zadatke koji su lagani i opuštajući za dijete i roditelja a potiču djetetovu funkcionalnost).

Zaključak:

Profesionalna znanja radnog terapeuta dovesti će do postizanja maksimalnih potencijala kod djeteta, samo kada radni terapeut prepozna specifičnosti svake obitelji i uključi obitelj u habilitacijske procese u skladu sa tim specifičnostima.



Literatura

1. L.J. Popović Miočinović, D Šimunović, Radna terapija u re/habilitaciji djece. Paediatr Croat 2004;48:113-116.
2. Humphry R.Case Smith J.Working with families, u: Case-Smith J. Occupational Therapy for Children. 4.izd. St.Luis: Mosby 2001.(str 99-130).
3. Ninio A,Rinot N, Fathers involvement in the care of their infants, and their attributions of cognitive competence to infants. Child Development.1988;59 652-663.
4. Barnett S ,Boyce G C .Effects of children with Down syndrome on parents activities.American journal of Mental retardation ,1995;100,(2),115-127,
5. Helfer C M ,Glidden LM.More positive or less negative?Trends in research on adjustment of families rearing children with developmental disabilities.Mental Retardation, 1998;36.457-464
6. Rape RN, Bush JP , Slavin LA, Toward a conceptualization of the family's adaptation to a members head injury.Rehabilitation Psychology 1992;37,3-22.
7. Šimunović D, Popovic Miočinovic Lj. Uloga radnog terapeuta kod djece s poremećajima učenja. Paediatr Croat 2008, 52; 3;215.
8. Jurišić D, Popovic Miočinovic Lj. Radna terapija u jedinici neonatalne intenzivne skrbi Paediatr Croat 2008, 52; 3;224.
9. Blesedell Crepeau E, Cohn ES, Boyt Schell BA. 2.Willard and Spackman's Occupational Therapy, 10 izd. Philadelphia: Lippincott, Williams&Wilkins, 2003;
10. Fabečić-Sabadi V, Pedijatrija, Zagreb, Školska knjiga 1999.
11. Popović-Miočinović Lj.: Kasne posljedice-neurorazvojne smetnje. Medicina,1997;33:97-103

骨盤湧命法

KOTSUBAN YUMEIHO DO YAPANSKA MANUALNA TERAPIJA

Iva Kolić, I.I.P.M.P. Yumeiho terapeut, IV stupanj, instruktor

Simetrija je prvo bitno, normalno i zdravo stanje ljudskog tijela. Nepravilno držanje uzrokuje poremećaj ravnoteže cijelog tijela. Prema japanskom terapeutu i osnivaču Yumeiho terapije Masayuki Saionjiu kad je tijelo simetrično, mišići i tkiva su meki, a cirkulacija krvi dobra. No, ukoliko dođe do poremećaja te ravnoteže i tijelo izgubi prvotnu simetriju, javljaju se problemi lokomotornog sustava, onemogućava se pravilan rad unutrašnjih organa što može rezultirati pojmom mnogih, ponekad i teških bolesti. (3)

Yumeiho terapijom ponovo se uspostavlja simetrija tijela, ublažavaju ili uklanjuju bolovi u ledima i vratu, neki oblici glavobolja te bolovi vezani uz kralježnicu. Osim toga, terapija pozitivno djeluje i na brojne druge tegobe koje nastaju kao posljedica poremećaja težišta tijela, od prekomjerne ili nedovoljne tjelesne težine do probavnih, dišnih i ginekoloških problema, bolesti srca i krvnih žila. (1,2)

Što je Yumeiho

Japanska riječ Yumeiho označava prirodnu metodu samoizlječenja u kojoj su osnovno sredstvo za rad ruke terapeuta. Kreirao ju je 1978., japanski terapeut dr. Masayuki Saionji. On je, nakon višegodišnjeg studiranja raznih tradicionalnih energetskih i fizikalnih iscjeliteljskih metoda u Japanu, Kini te drugim zemljama Dalekog istoka (uključujući Anma, Seitai Ho, Shiatsu) odabrao tehniku koju je smatrao najboljima i kreirao novu strukturiranu metodu - Yumeiho terapiju. Tehnika se u početku zvala Diina masaža, ali je tijekom godina toliko izmjenjena i dorađena da je sam autor promijeno ime u Yumeiho. (3)

Terapija je sačinjena od tri komponente koje se međusobno izmjenjuju i nadopunjaju. Prva sadrži metode gnječenja, a druga metode pritisaka (pressure). Njihova je svrha omekšavanje i opuštanje mekih tkiva. Treća komponenta obuhvaća metode namještanja koštano-zglobnih struktura. Yumeiho se temelji na "principu povratne sprege". Ukoliko se meka tkiva omekšaju i opuste, kosti i zglobovi se mogu lakše namjestiti u pravilan položaj. Vrijedi i obratno, odnosno ako se koštano-zglobne strukture stave u pravilan i funkcionalan položaj tada se i mišići i tetive povlače iz zategnutog položaja.

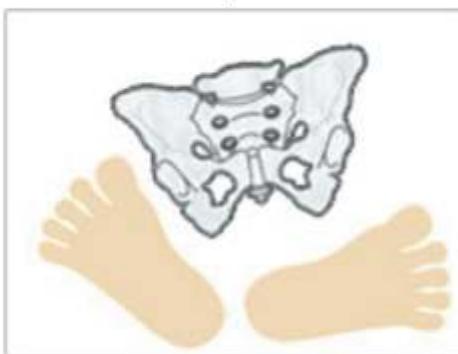
Danas se Yumeiho kao službena terapija primjenjuje u Japanu, Kini, Rumunjskoj, Mađarskoj, Poljskoj, Rusiji, Kubi,... Međunarodni institut za preventivnu medicinu ima oko tri tisuće suradnika koji su završili Yumeiho edukaciju u raznim dijelovima svijeta. U Hrvatskoj se ova metoda primjenjuje od 2001. godine. Trenutno su aktivna tri yumeiho instruktora (s pravom podjele originalnih japanskih diploma), desetak yumeiho terapeuta (osobe s položenim III stupnjem) te više yumeiho masera (položen I ili II stupanj).

Teorija težišta tijela

Filozofija Yumeiha temelji se na teoriji težišta tijela. Prema toj teoriji težište tijela određuje naše zdravlje: ako je ono na idealnom mjestu čovjek će biti zdrav i osjećati se dobro. Težište se nalazi u unutrašnjosti tijela, 3 cm ispod pupka, a njegova je projekcija na podu između nogu. Primjerice kod osobe koja ima 70 kilograma ta bi težina trebala biti podjednako raspodijeljena na obje noge, na svaku oko 35 kg. Ukoliko je težište poremećeno i više od polovice tjelesne težine počiva na jednoj

strani, tijelo se napinje, opterećuje više jednu nogu, iskrivljuje kralježnicu i uzrokuje različite bolesti.

Obično se smatra da svaka noga ravnomjerno podupire pola težine tijela, no u stvarnosti to najčešće nije tako. Mnogi ljudi nemaju težinu tijela ravnomjerno raspoređenu na obje noge. Pomak se vrlo često događa već pri samom porodu, kako kod majke tako i kod djeteta, međutim može nastati i kasnije.



Po Yumeiho teoriji najvažniji uzrok gubitka ravnoteže tijela je pomak koštano-vezivno-mišićnih struktura zdjelične regije. To se osobito odnosi na kosti zdjelice zbog čega jedna nogu postaje prividno "duža" od druge, a to za sobom povlači i nejednaki stupanj zategnutosti mišića u tom dijelu te posredno i u ostatku tijela. Osim na statici tijela, taj se disbalans odražava na funkcioniranju čitavog organizma i može biti uzrokom nastanka raznih bolesti.

Kada dislokacija težišta postaje opasna?

U velikom broju slučajeva riječ je o kombiniranim dislokacijama što znači da osoba ima težište tijela na jednoj strani, a kad se ta nogu s vremenom umori prebacuje težište na drugu stranu. Nastanu li ponovo problemi težište se opet vraća i to se stalno ponavlja. Naime, težište nije nešto što je stalno već se periodički mijenja i normalno je da se ono u svakom danu pomiče malo ulijevo ili udesno. Kada će i u kojoj mjeri dislokacija uzrokovati probleme ovisi o njenom stupnju, kao i vremenskom trajanju. (5)

Prvi stupanj je dislokacija normalne veličine pri kojoj se može sačuvati dobro zdravstveno stanje, a ona ne bi smjela biti veća od 10% polovine težine cijelog tijela. Drugi stupanj, odnosno dislokacija od 10 do 30% polovine težine cijelog tijela, predstavlja upozorenje na povećan oprez na bolesti. Naime, ovaj stupanj ne prate uvijek bolesti: ukoliko se dislokacija brzo mijenja, primjerice unutar 24 sata, osoba neće imati nikakvih problema, no ako stupanj duže potraje (više od 10

ili 15 godina), postupno će se razvijati bolesti. Treći stupanj, kod kojeg dolazi do dislokacije više od 30% polovine tjelesne težine, vrlo je opasan jer uzrokuje pojavu ozbiljnih bolesti. U tom slučaju već postaju vidljive i promjene na licu nastale uslijed dugogodišnje jakе dislokacije težišta, poput ukošenosti nosa, oka i obrva ili pak različite visine ušiju. (3,5)

Koje bolesti može uzrokovati

Osim na izgled i ravnotežu tijela, dislokacija težišta negativno utječe na funkcioniranje unutrašnjih organa i općenito cijelog organizma te može uzrokovati nastanak mnogih bolesti. Koje će se bolesti eventualno razviti ovisi o tome na kojoj je strani dislokacija.

Lijeva dislokacija može uzrokovati: preveliku mršavost (proljev); poremećaj funkcije probavnih organa; poremećaj u radu jetre; ginekološke probleme (menstrualni bolovi, neregularne menstruacije, sterilitet, bolesti maternice); bolesti mokraćnog mjeđura i žući; moždani udar na desnoj strani; probleme općenito kod svih organa na desnoj strani (oko, zubi, uho...). (1,2,5)

Desna dislokacija može uzrokovati: preveliku debljinu (tvrdi stolica); srčane bolesti (kardiovaskularni sindrom); plućne i dišne probleme (prehlada, kašalj, astma...); dijabetes, poremećaj funkcije gušterića; infarkt; moždani udar na lijevoj strani; probleme općenito kod svih organa na lijevoj strani (oko, zubi, uho...). (1,2,5)

100 zahvata za ravnotežu i zdravlje

Yumeiho terapiju čini osnovnih 100 zahvata koji, zajedno s ostalima koji se koriste (vješti terapeuti koriste i do 350 različitih tehniki), imaju za cilj ponovno uspostavljanje ravnoteže. Postigne li se dobra kondicija tijela u smislu simetrije i jednakih opuštenosti obje strane, organizam će biti izbalansiran, što je važan preduvjet za zdravlje.

Kao primarno preventivna metoda, čija je učinkovitost dokazana i u terapijske svrhe, Yumeiho predstavlja komplement zapadnoj medicini. Prevenira različite probleme lokomotornog sustava, nadopuna je ortopediji i fizijatriji, daje dobre rezultate u sprečavanju bolova i deformiteta koštano-zglobnog sustava i unutarnjih organa. U praksi se pokazao vrlo uspješnim u rješavanju mnogih tegoba kao što su: diskopatija, skolioza, mialgija, spondiloza, asimetrija koštanog i mišićnog sustava, razlika u duljini nogu, menstrualne tegobe, konstipacija, dijareja, gojaznost, hipertenzija, hipotenzija, sterilitet, migrena, stres... (1,2)

Dijagnosticiranje dislokacije težišta

Dijagnoza dislokacije težišta postavlja se prvenstveno prema simptomima koje terapeut utvrđuje na temelju promatranja lica, položaja ramena, držanja tijela dok osoba hoda, stoji i sjedi. Zatim pacijent legne potrebuške pa se u tom položaju procjenjuje napetost mišića i duljina nogu te je li došlo do rotacije zdjelice. Terapeut tijekom rada pod prstima osjeća koja su područja napeta a koja nisu, te prelazi preko njih ponovo pokušavajući uspostaviti ravnotežu lijeve i desne strane tijela. (3,5)

Kako izgleda tretman

Tijekom tretmana pacijent leži na strunjači, no ima i nekih zahvata koji se rade u sjedećem ili klečećem položaju. Poželjno je da osoba bude odjevana u udobnu pamučnu odjeću koja ne sputava pokrete.

Kad se primjenjuje Yumeiho masaža, 100 standardnih pokreta može se napraviti u otprilike 1 sat, no kada se Yumeiho radi kao tretman, odnosno kad postoji određeni problem te treba duže poraditi na određenom dijelu tijela, može potrajati i 2 do 3 sata. U tom se slučaju također radi 100 osnovnih pokreta, ali s dužim zadržavanjem na nekim dijelovima tijela, a rade se i dodatni pokreti. Ako netko ima zaista velikih problema, obično je potreban veći broj tretmana, no to ovisi i o tome kako tijelo reagira. Naime, neki pacijenti odmah odlično reagiraju pa je dovoljno svega nekoliko tretmana (ovisno o problemu i o tkivu), a kod nekih se u godinu dana tretiranja postignu samo mali pomaci.

Kome se preporučuje

Yumeiho terapija daje odlične rezultate kod osoba koje imaju probleme s kralježnicom. Pokazala se korisnom kod osoba koje zbog prirode posla dugo vremena tijelo drže u istom položaju, poput kompjutoraša, muzičara, blagajnica i slično. Tehnika se sve više koristi i kod mnogih sportaša preopterećenih svakodnevnim intenzivnim treninzima kao što su rukometari, atletičari, posebice plesači. Yumeiho masaža je odlična pomoć sportašima jer se njome mogu opustiti mišići, poboljšati cirkulacija te riješiti problemi s ligamentima i zglobovima. Isto vrijedi i za osobe starije dobi, kod kojih je djelotvorna za rješavanje tegoba vezanih uz slabu cirkulaciju, nedovoljno kretanje, loše držanje i ostale probleme koji su zapravo akumulirani tijekom cijelog života. Od velike je pomoći u trudnoći.



Terapija se može primijenjivati i kod sasvim male djece, već od 4 mjeseca nadalje, ako roditelji primijete da postoji asimetrija u položaju tijela ili primjerice nakrivljenost glavice na jednu stranu. Ti se problemi kod tako male djece također mogu riješiti u 2 do 3 tretmana. Dječiji organizam i inače naročito brzo reagira na Yumeiho terapiju i za lakše probleme djeci je često dovoljan samo 1 tretman, dok je odraslima potrebno učestalije ponavljanje. (1) Nadalje, preporučuje se kod djece sa skoliozom.

Kontraindikacije

Tretmani se ne izvode kod osoba koje boluju od hemofilije, zaraznih bolesti poput sifilisa, tuberkuloze ili akutnog hepatitisa C, kod psihijatrijskih bolesnika (u slučaju paranoja i sličnih poremećaja), osoba s glaukom, herpes zosterom, upalama krvnih žila (flebitis, tromboflebitis, varikozni ulkus...) te diskus hernije u akutnoj fazi. (1,2)

Literatura

- Yumeiho terapija, Sciencaj raportoj kaj klinikaj spertoj el la mondo 1987-2002, Saionji Masayuki
- Monda Yumeiho Revuo, numero 1. Julio 2000
- Yumeiho, Japana kuracmetodo, 1997, Masayuki Saionji
- Pointing therapy, 1986, Jia Li Hui, Jia Zhao Xiang
- Yumeiho Terapio Rilato inter Koksosta Distordiĝo kaj Simptomoj, 2005, Hashimoto Shigeru

POTREBE ZA FIZIOTERAPEUTIMA U HRVATSKOJ

Hrvatska 2009. = 1 fizioterapeut / 3759 stanovnika

Europa(1) 2009. = 1 fizioterapeut / 609 stanovnika

(Belgijska, Danska, Finska, Island, Nizozemska, Norveška, Švedska, Švicarska)

Europa(2) 2009. = 1 fizioterapeut / 1510 stanovnika

(Austrija, Bugarska, Francuska, Njemačka, Irska, Italija, Luksemburg, Slovenija, Španjolska, V.Britanija)

EU (projek) 2009. = 1 fizioterapeut / 1110 stanovnika

Broj fizioterapeuta u Hrvatskoj 2007. bio je 1212.

Hrvatskoj treba 4104 fizioterapeuta, od toga 1230 specijalista, 330 sa sveučilišnom diplomskom izobrazbom i 80 sa poslijediplomskom izobrazbom.

To je nužnost da fizioterapija bude samoregulirajuća i autonomna profesija.

FIZIOTERAPIJA TEMELJENA NA DOKAZIMA

Poštovane čitateljice i čitatelji, svjesni potrebe za fizioterapeutima profesionalnoga usmjerjenja k istraživačkome radu i značaja znanstvene utemeljenosti kliničkoga djelovanja, kroz rubriku „Evidence-based u fizioterapiji“ predstaviti ćemo vam pregled nekih od najnovijih znanstvenih istraživanja unutar različitih područja struke. Vjerujemo da će vas čitanje vijesti iz znanosti potaknuti na unapređivanje rada s pacijentima, zainteresirati da se dodatno informirate te napose motivirati na pisanje stručnih i znanstvenih radova.

Fizioterapijske vježbe i osteoartritis kuka

Istraživanje objavljeno na Cochrane internetskoj bazi podataka u srpnju 2009. godine, koje su proveli Marlene Fransen i suradnici (Fakultet zdravstvenih studija, Sydney), pokušalo je odgovoriti na pitanje kakav utjecaj fizioterapijske vježbe imaju na bol i funkciju kod pacijenata oboljelih od osteoartrita kuka.

U slučajevima učestale reumatske bolesti kao što je osteoartritis, današnje se smjernice u većini zemalja svode na mišljenja stručnjaka da su fizioterapijske vježbe učinkovit pristup liječenju ove bolesti kuka.

Provedena je metaanaliza. Pregledani su i grupirani podaci od 1966. godine do kolovoza 2008. godine.

Rezultati pet studija na ovu temu pokazali su da je mali utjecaj (bez statističkoga značaja) ovakvih vježbi na funkcionalnost pacijenata, ali je značajniji utjecaj na smanjenje bolnosti.

Autori zaključuju da mali broj provedenih studija i mali uzorak ispitanih unutar samih studija ograničavaju pouzdanost samoga istraživanja, ali i da su potrebni daljnja istraživanja ove problematike u svrhu bolje pouzdanosti, isplativosti i učinkovitosti provođenja fizioterapijskih vježbi.

Fizioterapijske intervencije kod bolnoga ramena

U populaciji postoji visoka prevalencija poremećaja funkcionalnosti ramena kojega gotovo u pravilu prati bolnost područja ramena. Iako se u praksi

provode različite vrste fizioterapijskih intervencija, samo su neke od njih dokazane kao učinkovite kontroliranim znanstvenim studijama.

Izradom metaanalize kojom je obuhvaćeno dvadeset i šest studija provedenih od 1966. godine, stručnjaci su Australskog Cochrane centra Sally Green i suradnici pokušali razjasniti koje fizioterapijske intervencije pokazuju statistički značajne rezultate u smislu smanjenja bolnosti i ukočenosti te poboljšanja funkcionalnosti.

Neki su od glavnih rezultata analize sljedeći:

Demonstrirane su se vježbe pokazale kao kratkoročno učinkovite kod poremećaja rotatorne mašete, a dugoročno učinkovite na poboljšanje funkcije ramena.

Skupina koja je koristila kombinaciju mobilizacija i standardnih fizioterapijskih vježbi pokazala je bolje rezultate kod poremećaja rotatorne mašete u usporedbi sa skupinom koja je koristila samo vježbe. Terapija se laserom pokazala učinkovitom u usporedbi s placebo skupinom kod adhezivnog kapsulitisa, ali ne i kod tendinitisa rotatorne mašete.

Ultrazvuk i terapija pulsnim elektromagnetskim poljem pokazali su se učinkovitima u usporedbi s placebo skupinom kod kalcificirajućeg tendinitisa.

Potkrepu za učinkovitost ultrazvuka kod bolnoga ramena mješovite etiologije, tendinitisa rotatorne mašete i adhezivnoga kapsulitisa stručnjaci nisu pronašli.

Ono što se jasno naslućuje iz ovakvih i sličnih istraživanja jest potreba da se s obzirom na specifičnu problematiku pacijenta koriste i kombiniraju različiti terapijski modaliteti. Evidence-based fizioterapijski pristup svakako će nam omogućiti intervenciju na način da omogućimo pacijentu optimalan tretman, ali i, još važnije, da smo sigurni da su naše intervencije neškodljive po oboljelogu.

Uglješa Rušnov, bacc. physioth.

DRUGI TEAM BUILDING HZF-a DONJA I GORNJA STUBICA

Nakon predivnog Gorskog kotara (Ravna Gora) 2008. Godine, drugi team building HZF-a odvijao se također u gorskom dijelu Hrvatske, Dojoj Stubici u srcu Hrvatskog zagorja 6. i 7. lipnja ove godine.

Skupili smo se u „Terama Jezerčica“ gdje smo boravili i uživali u blagodatima koje one pružaju. Nakon ručka krenuli smo put dvorca Oršić u čijoj se okolini odvijala simulacija viteških borbi i viteških natjecanja gdje nam je vjerno prikazano kako se nakada dolazio do pravice i slobode ondašnjeg pučanstva. Nakon večernje borbe vatrenom kuglama vratili smo se u hotel gdje se nastavila zabava do kasnih sati.

Slike koje sam izdvojio prikazati ce vam samo dio atmosfere koja je vladala u ugodnom društvu kolega iz HZF-a.



Slika 1. Dvorac Oršić



Slika 2. Početak viteške borbe



Slika 3. Borba vatrenom kuglama



Slika 4. Partija šaha prije odlaska



Nakon knjige "Vježbe za trudnice" izlazi druga knjiga autorice Snježane Vojvodić Schuster "Vježbe poslije porođaja". Snježana Vojvodić Schuster je fizioterapeut, diplomirani arheolog i viši predavač na Studiju fizioterapije, sestrinstva i radne terapije pri Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu.

Prema riječima autorice razlog nastajanja ove knjige upravo je želja da se svim ženama pruži poticaj da ne zaborave da su osim majki i žene te da jedino kao takve mogu pružiti radost svojem djetetu i društvu u kojem žive ne tražeći izgovor u svakodnevnim obvezama. Odlukom žene da vježba poslije porođaja otvara se put za normalizaciju i prihvatanje odgovornosti za vlastito zdravlje. Žena time obogaćuje svoje "tijelo i duh" stvarajući snagu kojom će plemenito odgajati dijete za život i vrijeme u kojem živimo.

Marinela Jadanec, bacc. physioth.

U organizaciji "Hrvatskog zbora fizioterapeuta" i tvrtke "De plano", 30. i 31. svibnja 2009. godine, pod vodstvom prim. Davorka Đulepe, specijaliste anesteziologa, održan je prvi dio "Međunarodnog tečaja iz respiratorne fizioterapije i neinvazivne ventilacije". Tečaj je održan u OB "Sveti Duh" u Zagrebu. Predavači na tečaju bili su medicinski stručnjaci iz područja anesteziologije, pulmologije i respiratorne fizioterapije iz Hrvatske i Slovenije: Maja Karaman-Ilić, dr.med., spec. anesteziolog, doc. dr. Sc. Asja Stipić Marković, prim.dr.med., spec. pulmolog i imunolog, mr. sc. Branko Pevec, dr. med., specijalizant interne medicine, Maja M. Potočnik, dipl. ft. i respiratorni terapeut s Univerzitetskog kliničkog centra u Ljubljani, Tanja Redja, dipl. ft. i respiratorni terapeut, Metka Čeplak, vft. i respiratorni terapeut. Drugi dio "Međunarodnog tečaja iz respiratorne fizioterapije i neinvazivne ventilacije" na kojem su predavači iz Slovenije i Italije govorili o neinvazivnoj ventilaciji održao se 3. i 4. listopada 2009. u Hotelu "Antunović", dvorana "Tomislav": doc.dr.sc. Ljiljana Bulat-Kardum, dr.med., Marija Mandarić, ms., doc.dr.sc. Željko Župan, dr.med. te prof.dr.sc. Paolo Severgnini, gost predavač iz Italije s "Instituta za anesteziju i intenzivno liječenje", Sveučilišne bolnice u Vareseu, Maja Kern, vft., Slavi Vehar, dipl.fiziot., te Janko Rakef, vft.

Kao predavač na tečaju je također bio i član "Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije" Igor Pelaić, bacc. med.techn.



Slika 1. Maja M. Potočnik, dipl. ft., respiratorni terapeut, predavač na Visokoj školi zdravstva u Ljubljani.



de **plano**.com

