



## ИСТОРИЧЕСКИ ДАННИ ЗА РАЗВИТИЕТО НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА

### Костадин Костов

Кинезитерапията, с нейните големи профилактични, възстановителни и поддържащи здравето възможности все по-широко навлиза в средните и висшите училища. Изхождайки от историческото и развитие и класическите положения на кинезитерапията, е необходимо обогатяването на нейната теория и практика с нови рационални методи и средства.

Съществуват данни, че различните видове и форми на движения са били използвани като лечебно средство при много заболявания от почти всички народи на древния културен свят. За това свидетелстват запазените и достигнали до нас писмени паметници от хиляди години преди нашата ера. Например, в една от книгите на древната китайска енциклопедия „Конг фу“ от 3000-та година пр. н. е. са описани и нарисувани различни изходни положения на тялото, от които се изпълняват физическите упражнения. Освен това, има обширно описание на лечебната гимнастика и обосновка на лечебното въздействие на движението. В Индия около 1800 г. пр. н. е. в една от свещените книги, а именно в „Аюрведа“ („Книга на живота“) и по-късно – около 1000 г. пр. н. е., в книгата „Сокрута“ са описани доста подробно известни хигиенни правила и се говори за значението на движението за здравия човек. Има подробно описание на пасивни и активни физически упражнения, дихателна гимнастика и масаж.

По-късно лечението с движение от Асирия и Вавилония, Персия и Египет преминава в древна Елада. Периодът на разцвет на древногръцката култура е един от важните етапи в развитието на лечебната физкултура. Хипократ (460 – 375 г. пр. н. е.) може да се сметне за създател на лечебната гимнастика. При лечението на болните той поставял на едно от първите места диетата и лечебната гимнастика и настоявал, те да имат строго индивидуален характер. В своето съчинение „Хипократов сборник“, той подробно описва действието на физическите упражнения, времето на тяхното прилагане, правилата за извършването им и техните индикации при различни болестни състояния на организма. Някои методични указания за прилагане на лечебната гимнастика, оставени от Хипократ, не са загубили своето значение и в наше време.



По-късно, при покоряването на древна Елада тълпи от гръцки роби, всред които имало учени, лекари и гимнастици, били отведени в Римската империя. Те отнесли и разпространили там своите знания по лечебна гимнастика. В стария Рим лечебната гимнастика е получила по-нататъшно развитие, което е свързано с имената на най-известните римски лекари, а именно: Асклепий, Гален, Целзий, Аурелиан.

През Средните векове, когато човешката мисъл била спъвана от догмите на християнската религия, а като идеал на живота черквата сочила аскетизмът, култът към красивото, силно и здраво тяло от Древността се смятал за еретизъм и висше грехопадение. През тази епоха арабите не изоставили лечението чрез движение и продължили да го прилагат повече чрез пасивни движения и масажи, съпроводени с водни процедури, и то главно в баните.

През епохата на Възраждането започнал бурен подем в развитието на естествените науки и медицината. В 1575 г. се появило първото съчинение „За гимнастическото изкуство“, в което било събрано и описано всичко, което авторът Меркуриалис е могъл да намери във връзка с гимнастиката, лечебната гимнастика и масажа.

По-късно – през 18 в., развитието на лечебната гимнастика е свързано с имената на Хофман, Анри, Фулер и Тисо – крупни медицински авторитети от онова време. В тази епоха лечебната физкултура получава особено бурно развитие във Франция. В своя капитален труд „Медицинска и хирургична гимнастика“ (1780) Тисо написва: „Движението по своето въздействие може да замени всяко лечебно средство, но всички лечебни средства в света не могат да заменят въздействието на движението“.

По това време било поставено началото на различни системи на физическото възпитание. Като съставна част на тези системи, които използват физическите упражнения като лечебно средство, медицинската и лечебна гимнастика продължават да се развиват под знака на все повече увеличаващия се военен травматизъм, свързан с честите войни. Не случайно е влязла като равностоен раздел и в шведската гимнастическа система на Линг (Хенри Петер Линг, 1776-1839). Успял да възвърне чрез физически упражнения загубените движения на нараненото си през войната рамо, Линг е посветил целия си живот, за да даде на човечеството проверена методика на лечение чрез движение. Чрез учениците му скоро системата на Линг излязла въвн от



границите на Швеция и се разпространила по цяла Европа под името „шведска гимнастика“.

България също е дала своя принос за популяризирането и внедряването на учението за ползата от физическите упражнения за здравето на човека.

Наченки в това отношение се срещат още в българската възрожденска литература. Д-р Петър Берон в своя „Рибен буквар“ (1824) дава редица незагубили значения си и до днес хигиенни правила. В тези правила на д-р Берон физическите движения стоят на първо място.

От 1916 г. Учителят Петър Дънов започва да обръща внимание на физическите упражнения, тъй като духоното израстване изисква здраво и хармонично тяло. Учителят казва в 1916 година: Помнете: без движение човек не може да расте нито физически, нито духовно и умствено. Движението е сила, която дава мощ, светлина на мисълта. Тя укрепва и чувствата у човека. Книгата Физически и духовни упражнения по Учителя Петър Дънов (И. Стратев, 1997), съдържа най-важните упражнения, дадени и най-често практикувани от Учителя Петър Дънов, с неговите ученици за развиване на техните физически, умствени и духовни качества в периода 1910-1914 година. Трите малки цикъла: „Паневритмия“, „Слънчеви лъчи“ и „Пентаграм“, дадени от Учителя Беинса Дуно - Петър Дънов, е система от гимнастически упражнения, изпълнявани на музика и съчетаващи движение, слово, музика, мисъл и влияние на естествената природна среда. Често е наричана танц, защото наподобява такъв, но по-коректно е да се определи като музикални гимнастически упражнения и така е наречена от автора си. (Г. Стойчев, 1997).

Началото на прилагането на лечебната физкултура (Кинезитерапия) в България се поставя към 1947-1948 година. През 1947-1948 г. е открита първата Катедра по лечебна физкултура към Висшето училище по физическа култура. През 1952 г. завършват първите методисти по лечебна физкултура.

Интересът към лечебната физкултура сред лекарските и научни кадри непрекъснато се увеличава. Появяват се и привърженици като проф. С. Кирчева, проф. Св. Бойкикева, проф. Н. Мачева и др., които я внедряват в различни болници и санаториуми.

България е една от първите държави в Европа въвели 4-годишно образование по кинезитерапия (КТ) от университетски тип. Кинезитерапевтите се дипломират от акредитирано висше училище по програма, отговаряща на Държавните изисквания за придобиване на тази



специалност и съобразена с изискванията на Световната конфедерация по физикална терапия (WCPT). Факултетът по кинезитерапия към НСА е член на Европейската мрежа за висше образование по КТ, обединяваща 68 европейски висши училища с факултети по КТ.

Кинезитерапевтите са здравни специалисти, които работят с хора от различни възрасти за поддържане и възстановяване на здравето, дееспособността и независимостта на лица с инвалидност или проблеми предизвикани от физически, психологични или други разстройства. Здравните услуги, извършвани от кинезитерапевтите включват изследване, кинезиологична функционална оценка и диагностика, планиране, осъществяване и текущо оценяване на кинезитерапевтична програма. Кинезитерапевтът изследва и оценява различни проблеми, отнасящи се до функционалното състояние на човека и определяне на рехабилитационния му потенциал, разработва и провежда кинезитерапевтични програми за клинично диагностицирани от лекар заболявания, неразположения и травми. Провежда специализирано лечение със специфични кинезитерапевтични средства и методи, различни от тези на лекарите. Кинезитерапевтите боравят с широк набор от специализирани методи и тестове за изследване и оценка на функционалното състояние на органите и системите на човешкия организъм, физическата работоспособност, умората и възстановяването. Широките професионални възможности на кинезитерапевтите да допринасят за укрепване здравето на хората ги правят особено полезни за съвременния модел на здравеопазване.

Кинезитерапията е специалност и професия, която използва като основно лечебно средство за здравна промоция, профилактика и лечение физически упражнения самостоятелно или в комбинация с масаж и други мануални техники, както и с други физикални фактори.

Професията „кинезитерапевт“ намира приложение в сферата на здравеопазването, образованието и науката, физическото възпитание и спорта.

Кинезитерапевтите осъществяват функционално-диагностична, профилактична и лечебна дейност със средствата на кинезитерапията, съгласно образователния им ценз (ПМС 788/20.04.1999 г., публ. ДВ бр. 39/99г.). От 1990 г. кинезитерапевтите придобиват специалност “Медицинска физкултура” в МА (сега ВМИ) и продължават да се специализират съгласно Наредба №31/28.06.2001г. на МЗ за следдипломно обучение в системата на здравеопазването, публ. ДВ бр. 64/2001г. За научни и научно-приложни



приноси редица български кинезитерапевти са удостоени с научната степен „доктор“, а на много от тях са присъдени и научни звания. Български кинезитерапевти имат организирана следдипломна квалификация с международни лектори и участват активно в международни организационни и научни прояви по кинезитерапия. Дипломите на факултета по кинезитерапия на Национална спортна академия „Васил Левски“ (НСА) се признават в чужбина и дипломираните се кинезитерапевти се приемат в магистърски и докторски програми в авторитетни Университети в Европа и Америка, и работят като лицензирани специалисти по целия свят. Кинезитерапевтите в България са обединени в професионален съюз (СКБ) от 1990 г. Българските кинезитерапевти чрез професионалната си организация са членове на Европейската и Световната конфедерация по кинезитерапия с 82 страни - членки. В продължение на повече от 10 години в рамките на програмите за подпомагане на страните за преговори за членство в Европейския съюз, представители на Световната конфедерация за физикална терапия, на Европейския регион на Постоянния координационен комитет на кинезитерапевтите в Европейския съюз, на Европейската мрежа за висше образование по кинезитерапия, проведоха поредица от разяснителни срещи и семинари с български кинезитерапевти, посветени на статуса на тази автономна здравна професия в европейски и глобален аспект.

От 2001г. законодателството на Европейския съюз признава кинезитерапията за регулирана професия - Directive 2001/19/EC (31 juli 2001). Чрез приемане на Директивата Directive COM (2002) 119 Final през 2003 и внедряването и се създадоха условия за свободна миграция на здравни специалисти, вкл. кинезитерапевти в страните на Европейския съюз. В комитета за признаване на професионалните квалификации към Европейската комисия, кинезитерапевтичната професия в Европа се представлява от Европейския регион на Световната конфедерация по кинезитерапия, който е разработил Европейски стандарт за образованието по кинезитерапия, както и Европейски стандарт за кинезитерапевтичната практика.

В международната номенклатура на професиите, кинезитерапията (КТ) е отнесена към професиите, свързани със здравеопазването, а кинезитерапевтите – към здравните специалисти.

По материали на Световната конфедерация по физикална терапия (WCPT) и според “Закони и правила регулиращи практиката на физикалните



терапевти (кинезитерапевти) на щат Охайо, САЩ”, ревизиран на 20 март 1999 г.

*“Кинезитератия” е:*

“Оценката и лечението на дадено лице посредством използване на физикални средства, терапевтични упражнения и рехабилитационни процедури, с или без използване на спомагателни уреди, с цел предпазване, подобряване или коригиране на всякаква инвалидност.”

*Кинезитератията включва:*

“Назначаване и модифициране на лечебна програма по кинезитератия, планиране на лечението, даване на указания и консултации”

*Кинезитерапевтичните средства включват:*

Масаж, топлина, студ, светлина, вода, електричество, звук, физически упражнения, тракция и дълбокотъканен масаж, тестване на нервно-мускулната функция и използване на помощни средства.

*Кинезитератията не включва:*

Диагностициране на заболяването на пациента, използване на рентгенови лъчи или радиации за диагностични или терапевтични цели или използване на електричество за обгаряне и други хирургически цели.

*“Кинезитерапевт” е:*

“Лице, което практикува или преподава кинезитератия. Терминът включва и термина “физиотерапевт”.

*Естество на работата на кинезитерапевтите:*

“Кинезитерапевтът извършва дейности, с които помага за възстановяване на функциите, подобряване на мобилността, облекчаване на болката и предотвратяване на постоянното инвалидизиране на лица, страдащи от наранявания или заболявания. Той поддържа, подобрява и възстановява цялостното физическо състояние и здраве. Кинезитерапевтът проучва историята на заболяването, след това извършва тестване и измерване на силата, обема на движение, равновесието и координацията, позата, мускулната работа, дишането, моторната функция. Въз основа на това разработва план на лечение, като описва лечебната стратегия, целта и очаквания резултат.”

В последните години се разшириха клинично-физиологичните предпоставки за прилагане на физическа тренировка при лица с различни заболявания. Огромен брой публикации доказват благоприятните последици от физическата тренировка в норма и патология и се прави опит да бъде обяснен техният механизъм.





Сред комплекса от фактори в цялостната програма за повишаване жизненото равнище на народа се отделя важно място на физическото възпитание. Пренесено в системата на висшето образование това означава удовлетворяване потребностите на обществото не само от всестранно образовани специалисти, но и физически здрави и работоспособни. На тази основа те обезпечават творческа активност и трудово дълголетие.

Повишените изисквания към подготовката на студентите във висшите училища (ВУ) и някои неблагоприятни фактори на съвременния начин на живот налагат по-големи грижи за тяхното здраве и физическо състояние. Това изисква рационално решаване на режима на труд и почивка, постигане на равновесие между умственото и физическото натоварване.

Сегашната постановка на физическото възпитание във ВУЗ решава относително добре и по-перспективно този проблем при здравите студенти, докато много здравни и педагогически въпроси при студентите с отклонения в здравословното състояние не са намерили най-правилно решение.

Софийският университет е висше училище, в което учат значителен брой студенти с отклонения в здравословното им състояние. С назначаването през 1962 г. на специалист по лечебна физкултура (ЛФК) се дава възможност за провеждане на редовни занятия по ЛФК (Кинезитерапия) със студентите, освободени от спорт по здравословни причини. Това е м. с. по баскетбол Елисавета Морова (съпруга на известния в миналото преподавател по анатомия във ВИФ проф. д-р Моров-Пилъо). Елисавета Морова е ръководител на кабинета по ЛФК, по-късно защитава докторат и е назначена за доцент по кинезитерапия в Департамента по спорт.

Провеждането на занимания по Кинезитерапия е наистина труден период поради липсата на собствена материална база. Едва през 1977 г., след Универсиадата в София Софийският университет получава възможност да ползва част от залите и помещенията на новопостроения стадион "Академик" в кв. "Гео Милев". Това облекчава работата в тази област и създава условия за провеждане на занимания, съобразени с тогавашните насоки относно методиката в лечебната физкултура. През следващите години тя се отличава с много по-смел подход към избора на средствата и дозировката на натоварвания дори при преболедували студенти [Годишник, том 73, 1879, стр. 32, Морова]

Доц. Елисавета Морова провежда заниманията по кинезитерапия с освободените студенти от спорт по здравословни причини, като прилага



програма с различни видове спорт, адаптирана и съобразена със здравословното състояние на студентите.

След пенсионирането на доц. Морова, в Спортно-рехабилитационния център е назначена като кинезитерапевт а по-късно като преподавател по кинезитерапия и ръководител на Центъра Елисавета Михайлова.

През 2006 г. в Центъра постъпва като кинезитерапевт Костадин Костов. През 2011 г. след проведен конкурс е назначен като асистент по кинезитерапия в ДС. През 2012 г. той защитава докторски труд на тема “Изследване върху Терапевтичния и кинестетичен ефект на различни видове шийни тракции и кинезитерапия при лица с начална цервикoarтроза”. През 2013 г. е назначен за ръководител на Центъра за кинезитерапия във ФНПП на СУ “Св. Климент Охридски”. През 2014 г. след конкурс е назначен като доцент по кинезитерапия в Департамента по спорт, а през 2018 г. е избран за професор по кинезитерапия.

През 2013 г. проф. Костадин Костов променя учебните програми по кинезитерапия, като разпределя освободените студенти от спорт в отделни групи според вида на заболяването им. Така се оформят групи от студенти с неврологични, ортопедични, сърдечни заболявания, заболявания на обмяната на веществата и с проблеми в гръбначния стълб. Това разпределение на студентите в групи по нозологични единици дава възможност за прецизиране на учебния процес, както и постигане на по-голяма ефективност на въздействие чрез кинезитерапия за подобряване на психофизическото състояние на студентите освободени от спорт. За студенти след прекарани травми на опорно-двигателния апарат и освободени от занимания със спорт е създадена възможност за провеждане на лечение със средствата на физикалната терапия в Центъра за кинезитерапия.

С въвеждането на кинезитерапията като цикъл от специални занимания с профилактична и терапевтична цел в системата на физическото възпитание, във ВУ се създава възможност да се осъществи медицинска рехабилитация, особено в по-късния етап, когато организмът може и трябва да се натовари функционално, за да се възстановят загубените или увредени структури и функции. Идеята двигателната активност в по-късните фази на рехабилитацията да бъде разширена до степен на системна физическа тренировка се обосновава с научните наблюдения, че физическата тренировка подобрява кардиореспираторните функции, а заедно с тях разширява възможностите на рехабилитацията във всички нейни аспекти.





Противоречивите изводи от досегашните изследвания и тяхната недостатъчна доказателна стойност при прилагане на кинезитерапията във ВУ изведоха на преден план редица проблеми от организационно и методическо естество. Най-същественят е отсъствието на подходяща лечебно-тренировъчна програма. Съществуват доказателства, че прилаганата в ежедневната практика лечебна гимнастика не може да осигури необходимото натоварване.

Успоредно с това възниква необходимостта от ефективен медико-педагогически контрол и срочна информация за функционалната годност на студентите с отклонение в здравословното състояние. Понастоящем тази практика отсъства във висшите училища и обслужващите ги здравни звена, поради което нерядко се явява причина за недоразумения в диагностиката и необосновано освобождаване от физическо възпитание.

Физическото възпитание на учащите е съществена съставна част на всички образователни системи от древността до наши дни. Действащата система на физическо възпитание във ВУ успешно защитава своето право на съществуване като основно средство за укрепване на здравето и повишаване физическата подготовка на студентите. Днес това се налага още повече от обстоятелството, че наред с големия социален и хуманен смисъл на прогреса се пораждат и някои фактори на жизнената среда, влияещи неблагоприятно на организма на човека.

Създадоха се условия интелектуалното напрежение да стане водещо в трудовата дейност. Намалената двигателна активност характеризира целия начин на живот на съвременното общество, като се очаква влиянието ѝ все по-рядко да нараства. Намалява се водещата роля на моториката и нейната аферентация към някои системи и преди всичко по отношение на кръвообращението и дишането (М. Р. Могендович, 1969 г).

Принудителната хипокинезия при много болести влошава състоянието на болния и често спомага за прогресиране на заболяването (И. Б. Темкин, 1974). Тя оказва влияние върху продължителността на живота и е един от сериозните рискови фактори за много заболявания (Др. Матеев и съавт., 1970). Според И.В. Давидовский (1969) ограничаването на двигателната активност (заедно с едностранното или неадекватно хранене, изменението на средата за обитаване) се оценява като един от най-общите екологични фактори за развитието на патологичния процес.



Влиянието на хипокинезията е проследена чрез много изследвания, с които се доказва, че не може да се разчита на ускорена еволюция на телесната природа и адаптиране съобразно темповете на цивилизацията. Необходимо е да се намери „еквивалент на физическото натоварване, на движението”. Този еквивалент според К.М. Смирнов (1968), Н.В. Зимкин (1978) са физическите упражнения.

Обективната значимост на физическото възпитание (ФВ) се определяла от изискванията, които животът и тенденциите на неговото развитие са поставяли пред образователната система. При това особено значение придобива въпросът за организираните и научно обосновани занимания по ФВ за студентите с отклонения в здравословното състояние.

В същност въпросът за двигателната активност на студентите, освободени от редовни занимания по ФВ, не е нов за спортно-медицинската и педагогическата наука и практика. М.В. Раскин (1938), В.В. Витшас (1939), Н.И. Голованов (1940), Н.Н. Пашкевич (1940) още преди войната обобщават опита от работата с т.нар. „специални медицински групи”. Този въпрос се проучва и обсъжда от медици и педагози, работещи в областта на университетската хигиена (Б.С. Граменицкий, 1952, 1975, И.Р. Гудзенко, 1959 и 1961, Г.М. Асеев, В.А. Зотов, 1963, И.Р. Гудзенко, С. Аксельрод, 1963, А.В. Мальцев, А.А. Соколов, 1966).

С цел да се създадат еднакви възможности за занимания с физически упражнения (ФУ) на всички студенти в системата на ФВ се въвежда цикъл от специални занимания с профилактична и терапевтична цел. Тази специална форма на ФВ се обуславя от факта, че всяка година във ВУ постъпват значителен брой младежи и девойки с отклонения в здравословното състояние и физическото развитие.

Високата заболяемост се обяснява и от гледна точка на новите подходи и представи за понятието пълно здраве (Р. А. Калюжная, 1975). Общоприето е здравето на учащите да се характеризира не само с наличието или отсъствието на заболяване, но и с оценка на физическото развитие, което се свързва с усъвършенстването на функциите и работоспособността. В днешно време се отбелязват различни функционални отклонения с незначително изразени нарушени функции, почти без значение в ежедневиия живот, но запазването на които е необходимо за усвояване на различни специалности. Според В.М. Левин, Э.С. Рутенбург (1977), И.Д. Карцев и съавт. (1968) са необходими редица ограничения (с оглед на професионалното



ориентиране) за лицата с късогледство, за тези с умерено изкривяване на гръбначния стълб, с плоскостъпие, вегетативни нарушения, с остатъчни явления след травми и други подобни. По този начин се актуализират редица заболявания, които в миналото са били рядко обект на третиране, не са били отчитани и естествено сега се налагат на вниманието. Във връзка с това представляват интерес резултатите от някои изследвания върху здравето състояние на студентите.

Съществуват конкретни проучвания, които определят взаимозависимостта между физическото развитие и работоспособността (А.М. Вишневский, 1957, А.А. Соколов, 1966, Н.И. Бинчук, 1967, Б. Янев и съавт., 1972, В.М. Левин, Э.С. Рутенбург, 1978). Повечето автори намират дисхармония в развитието на преболедувалите и хронично болните студенти и установяват намалени функционални възможности и работоспособност – умствена и физическа. Наблюденията показват, че отклоненията във физическото развитие поставят болните студенти в неизгодно положение, което често провокира психосоциален стрес, съпроводен със специфичен дефицит на познавателните способности.

От опитите за изясняване първопричините за високата заболеваемост са получени убедителни доказателства, че редица заболявания сред студентите са резултат от умствена преумора, нерационална организация на учебния процес и недооценяване средствата и методите на ФВ.

Р. Дудулова (1956), А.А. Сичев (1971), Н. Сяров (1972), Р.А. Калюжная (1975), предполагают, че повишените изисквания към зрителния анализатор още от ранната училищна възраст водят до намаляване на зрителната острота. J. Tanner (1970) публикува данни от лонгитудинални изследвания, при които установява висока заболеваемост и изместване на миопията към ранната училищна възраст. Изследванията показват, че миопите имат по-често астеничен хабитус, по-рядко играят и спортуват. Често пъти при тях се констатират гръбначни изкривявания и затлъстяване – двойно повече, отколкото при здравите.

Други автори (Д. Белберов, 1977, К. Карагонова, Т. Шабанска, 1977) обясняват причините за отклоненията във физическото развитие и физическата дееспособност с факта, че 46% от всички новопостъпващи студенти никога не са спортували, а от тези, които в училище са практикували някакъв спорт, 60% се отказват през време на обучението си във ВУ.



В последните години се разработват и прилагат единни показатели и критерии за контролиране разпределението на учащите в групи за занимание по ФВ в зависимост от здравословното състояние, както и за изпълнение на мероприятия по ФВ за студентите, категоризирани в медицински групи.

Въвеждането на кинезитерапията във ВУ като специална форма на физическото възпитание изисква решаване на редица въпроси от организационно и методическо естество. Тяхното значение и актуалност произтичат от обстоятелството, че в ограничените възможности на ВУ е необходимо да се постигнат максимални здравни резултати.

Физическото възпитание, разполагайки с богат избор от средства за въздействие върху човешкия организъм в същото време се явява такава категория, която изисква голямо внимание, знание и опит в прилагането ѝ с профилактична и лечебна цел.

Без да се подценяват изследванията във ВУЗ, интерес представлява становището на К.М. Смирнов и съавт. (1967) относно организацията и методиката по ФВ при ученици с отклонения в здравословното състояние. Клиничният опит, собствени наблюдения и проучвания на автора доказват целесъобразността от провеждане на недиференцирани занятия с ученици с различни заболявания. Еднаквото намаление на функционалните възможности според авторите обуславя и еднаквото ограничение на физическото натоварване. При това учениците с едно и също заболяване могат да бъдат разпределени в различни групи и, обратно, в една група могат да попаднат ученици с различни заболявания. По-големите или по-малко еднакви функционални изменения се обясняват със сравнително лекото протичане на съответното заболяване, което често е компенсирано. Ето защо С.В. Хрущев (1977) препоръчва като най-целесъобразни „оздравителни групи“, сформирани с отчитане на възрастта и общото здравословно състояние, независимо от нозологичната форма. Получени са сигурни данни, че приспособителните реакции на организма, в частност на кръвообращението и дишането при различните заболявания в много отношения са еднакви.

При тези условия значението и резултатността на кинезитерапията в голяма степен расте, ако методиката е свързана не само с ликвидиране на местните, специфични прояви, предизвикани от едно или друго заболяване. По-нататъшните изследвания на сътрудниците на Г.И. Красносельский (1963) доказват, че ефективността на кинезитерапията нараства, ако при всяко



заболяване и травма се осъществяват мероприятия, нормализиращи дейността на сърдечно-съдовата, дихателната и нервната система.

През последните години редица изследвания във ВУ доказват перспективността от разпределение на студентите в групи не само от данните за здравословното състояние (вземайки под внимание тежестта, давността на заболяването и други клинични показатели), анализа на физическото развитие, но и като се отчитат индивидуалните функционални възможности, разбирайки под тях преди всичко потенциалните резерви на сърдечно-съдовата и дихателната система. В тези изследвания (Н.М. Бинчук, 1967, А.Л. Маринченко, 1978, Ел. Морова, 1979, Л.А. Травинская, 1980, К. Костов, 2013,) се регламентират такива организационни форми, които отговарят на горните изисквания. Доказват се техните предимства в условията на ВУ.

Използваните три основни организационни форми в общи линии очертават и направленията в методично отношение. Те се свеждат до използването на частна и обща методика. Според В.Н. Мошков (1950) в частната методика влиза преди всичко отделът на специалните упражнения, които оказват непосредствено въздействие при възстановяване на функциите. Общата методика цели подобряване на физическото развитие, повишаване функционалните възможности на организма и работоспособността главно по пътя за въздействие върху сърдечно-съдовата и дихателната система. Редица автори свързват прилагането на частна методика с разделянето на студентите по нозологични единици, докато във всички останали случаи се използва обща методика, основана на програмата по обща физическа подготовка (ОФП).

Друг въпрос около който продължават дискусиите, е въпросът относно изборът на подходящи средства и методика на ФВ (на кинезитерапията). Макар да съществуват разногласия относно характера на прилаганата методика различните автори се съобразяват със систематиката на В.Н. Мошков (1964), според която са разделени на три основни групи: гимнастически упражнения, приложноспортни и игри. Към тях се прибавят естествените природни фактори – слънце, въздух и вода като неизбежни, съпътстващи въздействието фактори, в която се изпълняват физическите упражнения.

В практиката на ВУ се използват най-често комплекси от лечебна гимнастика. Те се поддават на дозировка, оказват избиращо общо и местно въздействие и могат да се използват при различни условия (в салон, на открито, в дома).





Физическото възпитание, разполагайки с богат избор от средства за въздействие върху човешкия организъм в същото време се явява такава категория, която изисква голямо внимание, знание и опит в прилагането ѝ с профилактична и лечебна цел.

В учебния процес по ФВ важна роля имат различните методични подходи, стимулиращи осмисленото овладяване на двигателните знания, умения и навици. Един от тези методични подходи е контролът върху успеваемостта с различни способи за оценка. Обективна основа на оценката представляват учебните нормативи, които са важна съставна част от програмата по ФВ, и опосредствено чрез система от оценки изпълняват конкретни задачи на педагогическия контрол (А.А. Михеев, 1976, А.А. Михеев, Г.С. Туманян, 1980).

Големият брой клинични и инструментални методи и показатели за изследване на физическата работоспособност създава значителни трудности. Д. Доросиев (1980) счита, че един универсален тест не може да бъде създаден и едва ли е необходим, а трябва да съществува набор от методи за оценка на функционалното състояние, както и оценка на общата физическа годност на изследваното лице. Това становище се подкрепя от J.P. Eclache , „тъй като физическата дееспособност не е възможно да бъде сведена до едно опростено понятие, нито пък може да се определи само с един „тест-чудо“. По тези причини Н.Д. Граевская и съавт. (1977), С.А. Душанин (1980), В.В. Шигалевский и съавт. (1980), Цв. Желязков и съавт. (1979), Е.А. Пирогова и съавт. (1980) използват математическите теории за тестовете при подбор на оптимално количество функционални показатели, отговарящи на такива основни изисквания, като надеждност, валидност, обективност и ефективност. Сбор от подбрани по този начин параметри представлява обективна основа за използването им в качеството на диагностична система при определяне на физическата работоспособност на човека. Смята се обаче (W. Sandratter, 1970, M. Stohr, Kl. Goertler, 1974), че увеличаване броя на изследваните параметри не винаги се съпровожда с получаване на по-достоверна информация.

В направения литературен преглед проличава становището, че недостатъчната двигателна активност след прекарани заболявания може да бъде коригирана с оздравителни мероприятия, а основни средства на тази корекция да бъдат ФУ. Именно поради тези мотиви законът за висшето образование у нас предвижда задължителни занимания по ФВ за студентите с отклонения в здравословното състояние.





Проведените изследвания са насочени главно към изучаване влиянието на ФВ и подобряване на неговата структура при здравите студенти.

Наличните литературни данни показват, че в практиката на ВУЗ не са изяснени редица теоретични и методически въпроси, като научно обоснована ефективна програма, целесъобразен подбор на средства, подходяща организация, унифициран подход за управление и оценка на лечебно-тренировъчния процес. От друга страна няма литературни данни да е направен цялостен опит за систематизиране на отделни форми, средства, методики и организация на кинезитерапията.

На сегашния етап на интензифициране на учебния процес при по-благоприятното развитие на някои заболявания със значително намаляване тежестта на органните поражения и подобрената материална база във ВУЗ се създават предпоставки за прилагане метод на специална физическа тренировка, който да предвижда не само съкращаване курса по кинезитерапията, но и максимално приближаване на физическите и психическите функции до оптимално ниво, позволяващо по-пълноценно участие в ежедневната битова и учебна дейност.

Без да се отрича значението на традиционните средства, използвани във ВУЗ – гимнастическите упражнения, новите постановки изискват друг подход при построяване на лечебно-тренировъчните програми. В това направление са направени сполучливи опити за прилагане при различни заболявания на отделни приложно-спортни упражнения. По своята физиологична същност последните са по-динамични, с по-благоприятно въздействие върху функциите на кардиореспираторната система, респективно физически работен капацитет.

Прилагането на разширена двигателна активност посредством интензивни лечебно-тренировъчни програми изисква подходящи организационни решения, включително прецизна оценка на морфофункционалното състояние, от чиято годност в крайна сметка зависи общата работоспособност.

Въпреки че в литературата съществуват многократни проучвания на различни организационни форми, извършените досега изследвания не доказват преимуществото на една или друга организационни структури.

В практиката на ВУЗ при категоризиране на студентите за занимания по ФВ не се отчитат функционалните възможности и състоянието на физическото развитие, което често е причина за необосновано освобождаване



от ФВ или прилагане на физическо натоварване, основано единствено на опита и интуицията на преподавателите. Отчитането на тези фактори ще позволи да се определят тенденциите на промените в соматичните, функционалните и двигателните възможности на студентите с отклонения в здравословното състояние, в резултат на което да се определи посоката на корекциите в съдържанието, планирането и методиката на занятията.

Направеният преглед на литературата по въпроса за физическото възстановяване на студентите с отклонения в здравословното състояние ни дава основание да твърдим, че той представлява значителен интерес както от биологична, така и от социална гледна точка. Следователно, всяко проучване в това направление може да се окаже полезно и перспективно.

Изграждането на функционираща система за физическо възпитание и спорт във ВУ, за насърчаване на двигателната активност и практикуването на спорт, е фактор за постигане на значителен социален ефект.

Подобряване на условията за реализиране потребностите на учащите във висшите училища за практикуване на физически упражнения и спорт може да се постигне чрез обединяване на усилията на всички държавни, обществени, неправителствени и частни организации за утвърждаване на физическото възпитание и спорта като средство за подобряване на здравето и физическата годност на населението.

Необходимо е оптимизиране на условията и възможностите за избор и достъп на студентите освободени от спорт по здравословни причини с цел социално включване.

### **Литература**

1. Въжаров, К. – Паневритмия, С. 1993
2. Гатев, Ст. и сътр. - Ръководство по физикална терапия, МФ, 1992.
3. Гълъбов, Г., В. Ванков – Анатомия на човека, МФ, 1986
4. Добрев, Д., В. Георгиев – Физиология на човека, МФ, 1978
5. Желев, В. – Методика и средства за възстановяване на мускулната сила на крайниците. ВФК, 1989, 10, 17-21.
6. Каранешев, Г. – Теория и методика на лечебната физкултура, МФ, 1977.
7. Каранешев, Г., Д. Милчева – Методи за диагностика и изследване в лечебната физкултура, НСА, 1991
8. Костадинов, Д. – Ръководство по физикална терапия, МФ, 1989.



9. Калчев, Ив., Е. Морова – Кинезиология, УИ “Св. Климент Охридски”, 1993, 172-186.
10. Моров, С. – Анатомичен анализ на елементарните движения на тялото при различни спортни дисциплини, С, 1990
11. Слънчев, П., Л. Бонев – Ръководство по кинезитерапия, МФ, 1991.
12. Стойнев, Г. - Социална геронтология, МФ, 1986.
13. Стойчев, Г. – Паневритмия, С, 1997
14. Стратев, И. Физически и духовни упражнения по Учителя Петър Дънов, С. 1997
15. Цончев, В., Б. Деветаков – Медицинска рехабилитация, С, МФ, 1976