

Opis poklica fizioterapevt

Description of physical therapy

Razširjen strokovni kolegij za fizioterapijo¹

Dokument Opis poklica fizioterapevt (Policy statement: Description of physical therapy) (1) je, z dovoljenjem avtorjev, prevedel in za slovenske razmere delno prilagodil in dopolnil razširjeni strokovni kolegij za fizioterapijo (potrjeno na seji junija 2012).

Svetovna zveza za fizioterapijo (World Confederation for Physical Therapy - WCPT) poudarja, da je fizioterapevska stroka odgovorna za določitev ciljev fizioterapevske dejavnosti in vloge fizioterapevtov. Na nacionalni ravni so za opredelitev področja fizioterapije in vloge fizioterapevta pri zagotavljanju storitev nacionalnega zdravstvenega varstva odgovorna nacionalna združenja fizioterapevtov, ki zagotavljajo skladnost z mednarodno sprejetimi smernicami, ki jih je določila WCPT. Nacionalna združenja fizioterapevtov so odgovorna za spodbujanje zakonodaje in uredb, ki določajo posebno ter avtonomno naravo fizioterapevske dejavnosti, vključujoč področje fizioterapevske dejavnosti (2, 3).

Področje fizioterapevske dejavnosti je dinamično in odzivno za zdravstvene potrebe pacienta/uporabnika ter družbe. Sprotno sledenje novemu znanju in tehnološkemu napredku omogoča, da so cilji fizioterapevske dejavnosti podprti z najnovejšimi znanstvenimi dokazi in usklajeni s trenutnimi potrebami zdravstva. Nprekinjeno zagotavljanje novih znanstvenih dokazov je podlaga za oblikovanje dejavnosti v prihodnosti.

¹ Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje, Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

Prirjeno po: World Confederation for Physical Therapy. Policy Statement: Description of physical therapy. London, UK: WCPT.

Korespondenca/Correspondence: doc. dr. Urška Puh, dipl. fiziot.; e-pošta: urska.puh@zf.uni-lj.si

Prispelo: 10.12.2013

Sprejeto: 03.01.2013

Načela WCPT, ki podpirajo opis poklica fizioterapevt

WCPT je razvila mednarodni opis poklica fizioterapevt, ki temelji na načelih, ki spodbujajo njene organizacije članice, da jih uporabijo pri določanju področja fizioterapevske dejavnosti na nacionalni ravni.

WCPT priporoča, da mora opis:

- spoštovati in priznati zgodovino ter korenine poklica;
- graditi na stvarnosti sodobne prakse in naraščajočem številu znanstvenih raziskav;
- omogočati odstopanja v kulturi, vrednotah in prepričanjih, zdravstvenih potrebah ljudi in družbe ter strukturi zdravstvenih sistemov po svetu;
- uporabljati terminologijo, ki je razumljiva in ustrezno opredeljena;
- priznavati mednarodno sprejete modele in opredelitve (na primer definicijo zdravja Svetovne zdravstvene organizacije, mednarodno klasifikacijo funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja Svetovne zdravstvene organizacije) (4–5);
- zagotavljati stalno rast in razvoj stroke ter opredeljevati prispevno stopnjo fizioterapije;
- priznavati pomen kineziologije znotraj študijskih programov vseh stopenj;
- poudariti nujnost z dokazi podprte prakse, kadar je to mogoče;
- spoštovati medsebojno odvisnost klinične prakse, raziskovanja in izobraževanja v okviru stroke;
- priznavati potrebo po neprekinjenem posodabljanju opisa, skladno s spremembami stroke kot odziv na zdravstvene potrebe družbe in razvoj znanja v fizioterapiji;
- biti v pomoč pri razvoju študijskih programov in opredelitvi področij raziskovanja.

Kaj je fizioterapija?

Namen fizioterapije je razvijati, vzdrževati ali ponovno vzpostaviti optimalno gibanje in funkcijske sposobnosti pri posameznikih in vsem prebivalstvu v vseh življenjskih obdobjih. Fizioterapija obsega postopke, pri katerih sta

gibanje in funkcijska sposobnost posameznika obravnavana glede na okoliščine, kot so: staranje, poškodbe, bolezni, okvare, zdravstveno stanje ali okoljski dejavniki. Funkcijsko gibanje je bistvo pomena biti zdrav.

Fizioterapija se ukvarja z opredeljevanjem in izboljševanjem kakovosti posameznikovega življenja in njegove zmožnosti za gibanje na področjih promocije zdravja, preventive, zdravljenja, rehabilitacije in rehabilitacije. To obsega telesno, duševno, socialno in duhovno blagostanje. Fizioterapija vključuje sodelovanje med fizioterapevtom, pacienti/uporabniki, drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, negovalnim osebjem, družinami in skupnostjo. V tem procesu se postavijo cilji fizioterapije glede na fizioterapevtsko oceno, znanje in spretnosti, ki so posebni za področje fizioterapije (priloga 2).

Fizioterapevti so usposobljeni in strokovno odgovorni za:

- izvajanje celostne preiskave/ocene pacienta/uporabnika oz. potreb skupine uporabnikov,
- vrednotenje ugotovitev preiskave/ocenjevanja z namenom klinične presoje o pacientu/uporabniku,
- postavitev fizioterapevske diagnoze, prognoze in načrta,
- svetovanje s svojega strokovnega področja in odločanje o tem, kdaj je treba pacienta/uporabnika napotiti k drugemu zdravstvenemu strokovnjaku,
- izvajanje programov fizioterapevtskih postopkov/zdravljenja,
- ugotavljanje izidov fizioterapevske obravnave posameznika,
- pripravo priporočil za domačo uporabo/samopomoč.

Z zgornjimi trditvami so skladne tudi kompetence poklica fizioterapevt, veljavne za Slovenijo (6):

1. samostojno izvajanje fizioterapevske dejavnosti ob upoštevanju indikacij in kontraindikacij postopkov (metod in tehnik) fizioterapevske obravnave,
2. ocenjevanje in dokumentiranje funkcijskega stanja in sposobnosti pacienta/uporabnika ter preverjanje lastnega dela,

3. vzdrževanje, vzpostavljanje in izboljševanje psihofizičnih sposobnosti ter zmogljivosti zdravih, motenih v razvoju in drugače bolnih,
4. sestavljanje fizioterapevtskega programa za posameznika na podlagi ocene funkcij njegovih telesnih sistemov in osebnih značilnosti,
5. uporabljanje postopkov (metod in tehnik) kinezioterapije in fizikalnih energij, s katerimi spodbuja ali zavira fiziološke mehanizme in vzpostavlja njihovo ravnovesje,
6. postavljanje ciljev fizioterapevtske obravnave s sodelovanjem pacienta/uporabnika storitve,
7. prispevanje k jasnejši (medicinski) diagnozi in prognozi ob ocenjevanju podatkov z izpostavljanjem problemov in ciljev fizioterapevtske obravnave, v sodelovanju z zdravnikom in drugimi člani tima,
8. sprotno preverjanje učinkov posameznih terapevtskih postopkov in ukrepanje,
9. oblikovanje, izvajanje in preverjanje preventivnih zdravstveno-vzgojnih programov in, če je treba, tudi sprotno spremljanje,
10. pripravljanje poročil o rezultatih in poročanje lečečemu zdravniku ali specialistu.

Fizioterapevtovo obsežno poznavanje človeškega telesa in njegovih gibalnih potreb ter možnosti je bistveno za določitev strategij za fizioterapevtsko diagnostiko in fizioterapevtske postopke. Delovno okolje se razlikuje glede na to, ali fizioterapevt deluje na področju primarne preventive (promocija zdravja), sekundarne preventive (zdravljenje), terciarne preventive (vzdrževanje relativnega zdravja) ali rehabilitacije/habilitacije.

Področje fizioterapevtske dejavnosti ni omejeno le na neposredno skrb za pacienta/uporabnika, temveč vključuje tudi:

- strategije javnega zdravja,
- zdravstveno svetovanje pacientu/uporabniku,
- nadzor in pooblaščenje drugih oseb,
- vodenje,
- upravljanje,
- učenje,
- raziskovanje,
- razvijanje in izvajanje zdravstvene politike na lokalni, narodni in mednarodni ravni.

Fizioterapevti delujejo kot neodvisni strokovnjaki in tudi kot člani zdravstvenega tima. Pri svojem delu upoštevajo etična načela WCPT (7, 8) in Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije (9) oziroma Kodeks etike Društva fizioterapevtov Slovenije (10) (v pripravi je enoten kodeks etike fizioterapevtov Slovenije). Sposobni so delovati po načelu neposrednega dostopa, zato se lahko pacienti/uporabniki za fizioterapevtske postopke obrnejo na fizioterapevta neposredno, brez napotitve drugega zdravstvenega strokovnjaka (11). Vendar pa morajo v Sloveniji te storitve uporabniki plačati, saj niso izvedljive v okviru javnega zdravstvenega varstva.

Izobraževanje in klinično delo fizioterapevtov se razlikujeta glede na družbena, ekonomska, kulturna in politična okolja, v katerih delujejo. Fizioterapija je samostojna stroka in prva poklicna kvalifikacija, dosežena v kateri koli državi po koncu študijskega programa fizioterapije. Ta fizioterapevtu omogoča uporabo strokovnega naziva in izvajanje dejavnosti kot neodvisnemu strokovnjaku (12–14).

Kje se fizioterapija izvaja?

Fizioterapija je pomemben del zagotavljanja storitev na področjih zdravstvenega in socialnega varstva. Fizioterapevti delujejo neodvisno od drugih ponudnikov zdravstvenih storitev, pa tudi v okviru interdisciplinarnih rehabilitacijskih/habilitacijskih programov, katerih cilj je preprečiti motnje gibanja ali ohraniti/obnoviti optimalno funkcijo in kakovost življenja pri posameznikih z gibalnimi okvarami. Fizioterapevti izvajajo dejavnost v različnih okoljih (priloga 1).

Fizioterapevte vodijo določbe njihovega etičnega kodeksa (7–10). Namen izvajanja fizioterapije lahko obsega:

- spodbujanje zdravja in dobrega počutja posameznikov ter javnosti/družbe, poudarjanje pomena telesne dejavnosti in vadbe;
- preprečevanje okvar, omejitev dejavnosti in omejitev sodelovanja ter zmanjšane zmogljivosti/invalidnosti, pri posameznikih s tveganjem za motnje gibanja zaradi zdravstvenih dejavnikov, socialno-ekonomskih stresorjev, okoljskih

dejavnikov in dejavnikov življenjskega sloga;

- zagotavljanje fizioterapevtskih postopkov/zdravljenja za obnovitev integritete telesnih sistemov, bistvenih za gibanje, izboljšanje (optimiziranje) funkcije in okrepanja, zmanjšanje nezmožnosti, izboljšanje kakovosti življenja, omogočanje neodvisnega življenja in sposobnosti za delo pri posameznikih ter skupinah posameznikov s spremenjenim gibanjem zaradi okvar, omejitev dejavnosti in omejitev sodelovanja ter zmanjšane zmožnosti/invalidnosti;
- spreminjanje okolja, dostopa do doma in delovnega mesta ter drugih ovir, da se zagotovi celostno sodelovanje posameznika glede na njegovo normalno in pričakovano vlogo v družbi.

Kaj označuje fizioterapijo?

Predpostavke, ki vključujejo opis fizioterapije in odražajo osrednja področja fizioterapevtske dejavnosti:

- Gibanje je bistveni element zdravja in dobrega počutja in je odvisno od celovitega, usklajenega delovanja človeškega telesa na več ravneh. Na gibanje vplivajo notranji in zunanji dejavniki. Fizioterapija je usmerjena v gibalne potrebe in možnosti posameznikov ter populacije.
- Posamezniki imajo sposobnost za spremembe, ki so posledica odgovorov na telesne, duševne, socialne duhovne in okoljske dejavnike. Telo, um in duh prispevajo k posameznikovemu pogledu nase in mu omogočajo, da razvije zavedanje svojih gibalnih potreb in ciljev. Etična načela zahtevajo od fizioterapevta, da pri izbiri fizioterapevtskih postopkov upošteva avtonomijo pacienta/uporabnika ali zakonitega skrbnika (7–10).
- Fizioterapevti lahko usmerjajo svoje postopke na določene populacije in skupine znotraj njih.
- Sestavni del fizioterapije je vzajemno delovanje med fizioterapevtom in pacientom/uporabnikom/družino ali negovalnim osebjem, ki omogoča razvoj

medsebojnega razumevanja. Ta vrsta sodelovanja je potrebna za pozitivno spremembo zavedanja telesa in gibanja, ki lahko spodbudi zdravje in dobro počutje. Prav tako je za ugotavljanje potreb in oblikovanje ciljev fizioterapevtskih postopkov/zdravljenja nujno vzajemno delovanje med člani interdisciplinarnih timov, kakor tudi s pacienti/uporabniki/družino in negovalnim osebjem. Fizioterapevti sodelujejo tudi z upravo in vodstvenimi strukturami zaradi obveščanja, razvoja in/ali izvajanja ustreznih zdravstvenih politik in strategij.

- Fizioterapevti postanejo poklicno avtonomni strokovnjaki, ko končajo osnovno stopnjo študija fizioterapije (12). Fizioterapevti se naučijo strokovne presoje za postavitve fizioterapevtske diagnoze, ki bo usmerila njihove postopke pri preprečevanju, zdravljenju, rehabilitaciji ali rehabilitaciji pacientov/uporabnikov/populacije.
- Fizioterapevtska diagnoza je rezultat procesa kliničnega sklepanja (angl. clinical reasoning), ki ima za posledico opredelitev trenutnih in morebitnih okvar, omejitev dejavnosti, omejitev sodelovanja ali zmožnosti/zmanjšane zmožnosti ter okoljskih vplivov. Namen fizioterapevtske diagnoze je, da vodi fizioterapevte pri določanju prognoze in najprimernejših strategij (postopkov) zdravljenja za paciente/uporabnike ter izmenjavi informacij z njimi. Pri izvajanju diagnostičnega postopka lahko fizioterapevti potrebujejo dodatne informacije od drugih strokovnjakov. Če diagnostični proces razkrije ugotovitve, ki ne spadajo v področje fizioterapevtovega znanja, izkušenj ali ekspertize, bo fizioterapevt napotil pacienta/uporabnika k drugemu ustreznemu strokovnjaku.

Glosarij

Cilji fizioterapije (angl. *clinical goals*) so nameravane posledice fizioterapije pri pacientu/uporabniku. Cilji fizioterapije naznanjajo spremembe v okvari, omejitvah dejavnosti, omejitvah sodelovanja in spremembah v zdravju, dobrem počutju ter telesni pripravljenosti, ki so

pričakovane kot posledica izvajanja fizioterapevtskih postopkov. Cilji morajo biti merljivi in časovno omejeni (če je treba, so lahko izraženi glede na pričakovani čas za doseganje, na primer kratkoročni in dolgoročni cilji) (15).

Dejavnost (angl. *activity*) – posameznikovo izvajanje opravila ali dejanja (naloge) (5).

Neposredni dostop (angl. *direct access; self-referral*) – pacient/uporabnik se za fizioterapevtske storitve obrne neposredno na fizioterapevta brez nasveta oziroma napotitve drugega zdravstvenega strokovnjaka in fizioterapevt samostojno izbere fizioterapevtske postopke, ki jih bo uporabil pri njem ter za to prevzame vso odgovornost (16, 17). Tudi fizioterapevt ima neposreden dostop do pacientov/uporabnikov in določa, kateri potrebujejo fizioterapevtsko diagnostiko/postopke brez napotitve tretje osebe.

Okvare (angl. *impairments*) so motnje v telesnih funkcijah ali zgradbah, ki se izražajo kot hujša nepravilnost (anomalija ali poškodba) ali izguba zaradi osnovne patologije. Lahko so začasne ali stalne; progresivne, regresivne ali statične; prekinjene ali neprekinjene, lahke do težke (5).

Omejitve dejavnosti (angl. *activity limitations*; po ICDH: *disability*) so težave, ki jih ima lahko posameznik pri izvajanju dejavnosti (5).

Omejitve sodelovanja (angl. *restrictions in participation*; po ICDH: *handicap*) so težave, ki jih lahko posameznik doživlja pri vključevanju v življenjske situacije (5).

Področje fizioterapevtske dejavnosti (angl. *scope of practice*) je navedba, ki opisuje fizioterapijo v kontekstu regulative v okolju in z dokazi podprte prakse v okviru zakonodaje. Področja dejavnosti so dinamična, razvijajo se s spremembami temeljnih dokazov, politike in potrebami uporabnikov fizioterapevtske dejavnosti. WCPT določa mednarodno usklajeno področje fizioterapevtske dejavnosti, organizacije članice pa določajo področja fizioterapevtske dejavnosti, dogovorjena v njihovih državah (18).

Postopki napotitve (angl. *referral procedures*) so postopki, s katerimi so pacienti/uporabniki napoteni med fizioterapevti in drugimi zdravstvenimi strokovnjaki/ustanovami, povezanimi s pacientom/uporabnikom. Ti postopki se od države do države lahko razlikujejo in jih z nacionalno zakonodajo določajo nacionalne oblasti in strokovne organizacije (16).

Promocija zdravja (angl. *health promotion*) je kombinacija izobraževanja in podpore iz okolja za dejanja in življenjske okoliščine, katerih posledica je zdravje. Namen promocije zdravja je omogočiti ljudem, da pridobijo boljši nadzor nad determinantami svojega zdravja (19).

Sodelovanje (angl. *participation*) je vključevanje posameznika v življenjske situacije; funkcioniranje v družbi (5).

Zmanjšana zmožnost/invalidnost (angl. *disability*) je skupen izraz za okvare, omejitve dejavnosti in omejitve sodelovanja, ki so posledica vzajemnega delovanja med posameznikovim zdravstvenim stanjem in osebnimi ter okoljskimi dejavniki. *Osebnih dejavniki* so specifično ozadje posameznikovega načina življenja. Vključujejo značilnosti posameznika, ki niso del njegovega zdravstvenega stanja ali zdravstvenih statusov. Med njimi so spol, rasa, starost, druga zdravstvena stanja, telesna pripravljenost, življenjski slog, navade, vzgoja, načini soočanja s težavami, družbeno ozadje, izobrazba, poklic, pretekle in sedanje izkušnje, splošni vedenjski vzorci in značaj, individualne psihološke lastnosti in druge značilnosti, ki lahko hkrati ali posamično vplivajo na zmanjšano zmožnost/invalidnost na kateri koli ravni. *Okoljski dejavniki* so zunanji dejavniki, ki določajo značilnosti telesnega in družbenega okolja, v katerem posameznik živi ali deluje, ter stališč tega okolja. Zmanjšana zmožnost/invalidnost je lahko opisana na treh ravneh: telesni (okvare telesne funkcije in zgradbe), osebni (omejitve dejavnosti) in družbeni (omejitve sodelovanja) (5).

LITERATURA

1. World Confederation for Physical Therapy (2011). Policy Statement: Description of physical therapy. London, UK: WCPT. www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT. <5. 5. 2012>.
2. World Confederation for Physical Therapy (2011). WCPT guideline for the development of a system of legislation/regulation/recognition of physical therapists. London, UK: WCPT. www.wcpt.org/guidelines/regulation-legislation. <22. 9. 2011>.
3. World Confederation for Physical Therapy (2011). Policy Statement: Regulation of the physical therapy profession. London, UK: WCPT. www.wcpt.org/policy/ps-regulation. <22. 9. 2011>.
4. World Health Organization (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference,

- New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Geneva, Switzerland: WHO. www.who.int/about/definition/en/print.html. <24.11.2010>
5. Svetovna zdravstvena organizacija (2006). Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF). Ljubljana: IVZ RS in IRSR; Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
 6. Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS 82/2004.
 7. World Confederation for Physical Therapy (2011). Ethical principles. London, UK: WCPT. www.wcpt.org/ethical-principles. <22. 9. 2011>.
 8. World Confederation for Physical Therapy (2011). Policy statement: Ethical responsibilities of physical therapists and WCPT members. London, UK: WCPT;. www.wcpt.org/policy/ps-ethicalresponsibilities. <22. 9. 2011>.
 9. Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije. Uradni list RS, št. 6/2002.
 10. Društvo fizioterapevtov Slovenije. Kodeks etike. www.dfs.si/predstavitev/Kodeks_etike. <5. 5. 2012>.
 11. World Confederation for Physical Therapy (2011). Policy Statement: Direct access and patient/client self-referral to physical therapy. London, UK: WCPT. www.wcpt.org/policy/ps-direct-access (Access date 22nd September 2011).
 12. World Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for physical therapist professional entry level education. London, UK: WCPT; 2011. www.wcpt.org/guidelines/entry-level-education. <22. 9. 2011>.
 13. World Confederation for Physical Therapy (2011). Policy statement: Education. London, UK: WCPT. www.wcpt.org/policy/ps-education. <22. 9. 2011>.
 14. World Confederation for Physical Therapy (2011). Policy statement: Autonomy. London, UK: WCPT. www.wcpt.org/policy/ps-autonomy. <22. 9. 2011>.
 15. American Physical Therapy Association (2001). Guide to Physical Therapist Practice. 2nd Ed. Phys Ther 8: 9–744.
 16. European Region World Confederation for Physical Therapy (2010). European Region World Confederation for Physical Therapy Glossary of Terms. Brussels, Belgium: ER-WCPT.
 17. Department of Health (2008). Self-referral pilots to musculoskeletal physiotherapy and the implications for improving access to other AHP services. London, UK: Department of Health. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_08951
 18. World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Support personnel for physical therapy practice. London, UK: WCPT; 2011. www.wcpt.org/node/29606. <22. 9. 2011>.
 19. Green LW, Kreuter MW (1991). Health Promotion Planning, 2nd ed. Mountain View, CA: Mayfield publishers.

Priloga 1: **OKOLJA, V KATERIH SE IZVAJA FIZIOTERAPEVTSKA DEJAVNOST**

Fizioterapevtska dejavnost se izvaja v različnih okoljih, ki ji omogočajo doseganje njenega namena.

Primarna preventiva (promocija zdravja), sekundarna preventiva (zdravljenje), terciarna preventiva (vzdrževanje relativnega zdravja) in rehabilitacija/habilitacija se izvajajo v različnih okoljih, ki lahko vključujejo:

- ambulantna dejavnost/klinike,
- bolnišnice,
- centri za starejše občane,
- delovna mesta/družbe,
- domovi posameznikov,
- domovi starejših občanov,
- hospici,
- izobraževalni in raziskovalni centri,
- javna okolja za promocijo zdravja (na primer nakupovalna središča),
- naravna zdravilišča,
- rehabilitacijski centri,
- šole, vključno s predšolsko dejavnostjo in šolami s prilagojenim programom,
- športni centri/klubi, klubi zdravja, fitness klubi in telovadnice,
- zapori,
- zaposlitveni zdravstveni centri,
- zasebna fizioterapevtska praksa,
- zdravstveni domovi, področne ambulante, stanovanjske četrti.

Priloga 2: POSTOPKI FIZIOTERAPIJE

Fizioterapija je dejavnost, ki jo sme izvajati le fizioterapevt ali druga oseba po navodilih in pod nadzorom fizioterapevta. Fizioterapevtska obravnava vključuje preiskavo/ocenjevanje, vrednotenje, diagnozo, prognozo/načrt, postopke/zdravljenje in ponovno preiskavo.

Preiskavalocenjevanje vključuje:

- *preiskavo* posameznika ali skupine z dejanskimi ali morebitnimi okvarami, omejitvami dejavnosti, omejitvami sodelovanja ali zmožnosti/zmanjšano zmožnostjo. Preiskava vključuje anamnezo, inspekcijo, palpacijo, meritve in testiranje.
- *vrednotenje* izsledkov preiskave in/ali okolja z analizo in sintezo v okviru procesa kliničnega odločanja omogoča določanje spodbudnih dejavnikov in ovir za optimalno posameznikovo funkcioniranje.

Diagnoza in *prognoza* se postavita na podlagi preiskave in vrednotenja izsledkov. Predstavljata rezultat procesa kliničnega odločanja ob upoštevanju dodatnih informacij drugih strokovnjakov, če je to potrebno. Izraženi sta lahko kot motnja gibanja ali pa obsegata različne kategorije okvar, omejitev dejavnosti, omejitev sodelovanja, okoljskih dejavnikov ali zmožnosti/zmanjšane zmožnosti.

Prognoza (vključuje načrt obravnave in fizioterapevtske postopke) se začne z določanjem potrebe po fizioterapevtskih postopkih/zdravljenju, čemur navadno sledi priprava načrta. Ta vključuje merljive cilje fizioterapije, določene v dogovoru s pacientom/uporabnikom, družino ali negovalnim osebjem. V drugih primerih lahko sledi napotitev pacienta v drugo zdravstveno ustanovo ali k drugemu zdravstvenemu strokovnjaku, kar se zgodi v primerih, ko fizioterapija za posameznika ni primerna.

Fizioterapevtski postopki/zdravljenje se izvajajo in prilagajajo, da bi dosegli dogovorjene cilje fizioterapije. Fizioterapevtski postopki se lahko razvrstijo v temeljne postopke oziroma metode fizioterapije (tabela 1, prvi stolpec). Nadaljnja razvrstitev postopkov pa se lahko med nekaterimi metodami oz. krovnimi postopki fizioterapije prekriva oz. jih ni mogoče natančno razvrstiti le na eno mesto.

Fizioterapevtski postopki so lahko usmerjeni tudi k *preprečevanju* okvar, omejitev dejavnosti, omejitev sodelovanja, zmanjšane zmožnosti in poškodb, kar vključuje tudi promocijo in ohranjanje zdravja, kakovosti življenja, sposobnosti za delo in telesne pripravljenosti v vseh življenjskih obdobjih in populacijah.

Ponovna preiskava je potrebna za določanje izidov.

Tabela 1: Seznam fizioterapevtskih postopkov (seznam ni dokončen in se bo, če bo treba dopolnjeval)

Ocenjevanje in vrednotenje stanja pacienta	Anamneza Inspekcija Palpacija Meritve in testiranja Interpretacija in vrednotenje rezultatov Fizioterapevtska diagnoza Vrednotenje izida terapije Dokumentacija	
Svetovanje in zdravstvena vzgoja	Informiranje pacientov, navodila Preventivni programi Optimizacija delovnega in bivalnega okolja	
Kinezioterapija Nevrofizioterapija	Pasivno gibanje	
	Postopki za izboljšanje gibljivosti (raztezanje)	
	Aktivno-asistirano gibanje	
	Aktivne vaje – proste	
	Vadba proti uporju (vadba za mišično zmogljivost – jakost, moč in vzdržljivost)	
	Aerobna vadba (vadba za vzdržljivost kardio-respiratornega sistema)	
Manualna terapija	Funkcijska vadba (spodbujanje motoričnega nadzora oz. živčno-mišičnega sistema); reedukacija živčno-mišičnega sistema (vadba za koordinacijo in ravnotežje)	
	Pravilno ravnanje (rokovanje) in terapevtski položaji	
Manualna terapija	Manualna terapija mehkih tkiv	Globoka prečno frikcijska masaža, terapevtska obravnava miofascialnih prožilnih točk, mišično energetske manualne tehnike, terapevtska masaža
	Limfna drenaža	
	Sklepna mobilizacija	Perifernih sklepov, hrbtenice
Termoterapija	Hlajenje	Celega telesa: kopeli, krio-savna Lokalno: kopeli, led, kriopak, obkladki, razpršilo
	Segrevanje	Celega telesa: kopeli, savna, IR-savna
		Lokalno: površinsko: kopeli, parafin, termopak, obkladki, IR-obsevanje, fluidoterapija; globinsko: diatermija (KV, UKV, MV)
Mehanoterapija	UZ, ultrasonoforeza	
	Terapija z udarnimi valovi	
	Kontinuirano pasivno razgibavanje	
	Mehanske trakcije	
Mehanoterapija	Kompresijska terapija	Celega telesa: hiperbarična oksigenacija Lokalno: povijanje s kompresijskimi povoji, intermitentna kompresijska terapija; površinska hiperbarična oksigenacija; hipobarična terapija
	Stabilizacija, razbremenitev	Opornice, lepilni trakovi, elastični lepilni trakovi
Fototerapija	UV-obsevanje LASER nizke intenzitete	
Hidroterapija	Celega telesa	Bazeni, Hubbardove banje
	Lokalno	Delne kopeli
Elektroterapija in magnetoterapija	Protibolečinska	TENS, IF, DD
	Stimulacija mišic (živčno-mišična stimulacija)	Impulzni tok, ruski tok, IF
	Elektroforeza	
	Biološka povratna zveza	EMG, tlakovni
	Magnetoterapija	Protibolečinska, stimulacija mišic
Kardio-respiratorna terapija	Čiščenje in vzdrževanje dihalnih poti	
	Postopki za izboljševanje dihalne funkcije	
	Postopki za izboljševanje srčno-žilne funkcije	

KV – kratkovalovna diatermija, UKV – ultrakratkovalovna diatermija, MV – mikrovalovna diatermija, UZ – ultrazvok, UV – ultravijolična svetloba, TENS – transkutana električna živčna stimulacija, IF – interferenčni tokovi, DD – diadinamski tokovi, EMG – elektromiografija

NAVODILA ZA PISANJE ČLANKOV V REVIMI FIZIOTERAPIJA

Fizioterapija je glasilo Društva fizioterapevtov Slovenije – strokovnega združenja. Naslov uredništva je: Fizioterapija, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, telefon: (01) 300 1146, e-pošta: urska.puh@zf.uni-lj.si. Avtorji naj pošljejo prispevke shranjene v MS Word po elektronski pošti.

Splošna načela

Fizioterapija objavlja le izvirna, še neobjavljena dela. Podlaga za to so mednarodni zakoni o avtorskih pravicah in etična načela. Avtor je odgovoren za vse trditve, ki jih navaja v prispevku. Če je članek pisalo več avtorjev, je treba navesti natančen naslov s telefonsko številko in e-pošto tistega, s katerim bo uredništvo sodelovalo pri urejanju besedila za objavo. Avtor mora urednika opozoriti, če so v prispevku vsebine, o katerih je bilo že objavljeno poročilo. Vsak tak prispevek naj bo omenjen in naveden kot vir, kopije takih predhodnih objav pa priložene oddanemu članku. V takem primeru je objava mogoča, vendar pod določenimi pogoji.

Če prispevek obravnava raziskave na ljudeh, mora biti iz besedila razvidno, da so bile opravljene skladno z etičnimi načeli (Deklaracija iz Helsinkov in Tokija). Pisec mora pridobiti informirani pristanek preiskovancev in navesti, ali je raziskavo odobrila Etična komisija.

Prispevki bodo recenzirani (zunanja recenzija) in uvrščeni v eno izmed rubrik: raziskovalni prispevki, klinični primer, pregledni prispevki ali komentarji in strokovne razprave (izobraževanje, zgodovina, etika, kakovost in varnost ipd.).

Spremni dopis mora vsebovati izjave: 1. Da poslano besedilo ali del besedila (razen izvlečka) še ni bil objavljen nikjer drugje. 2. Če je avtorjev več, je treba navesti, da so vsi soavtorji besedilo prebrali in se strinjajo z njegovo vsebino ter navedbami. 3. Če je raziskavo odobrila Etična komisija, se v spremnem dopisu navede datum odobritve. 4. Omeniti je treba, da so preiskovanci dali pisno soglasje k sodelovanju pri raziskavi. 5. Navedejo naj se pisna dovoljenja imetnikov avtorskih pravic za objavo delov članka.

Tipkopis

Prispevki naj bodo napisani v slovenskem jeziku (izjema abstract) in so lahko dolgi **največ 12 tipkanih strani** (z razmikom 1,5 mm oz. 32 vrstic na stran) s slikovnim gradivom, razpredelnicami in seznamom

literature vred. Strani morajo biti oštevilčene, na vseh straneh pa mora biti **rob širok najmanj 30 mm**. Uporabite črke velikosti 12 Times New Roman. Tabele in grafe umestite v besedilo na ustrezno mesto. Med odstavki naj bo ena vrstica prazna. V besedilu se uporabljajo le enote SI in tiste, ki jih dovoljuje Zakon o merskih enotah in merilih.

Naslovna stran članka naj vsebuje slovenski naslov članka, ki jedrnato zajame bistvo vsebine (če je naslov z avtorjevim priimkom daljši od 90 znakov, navedite še skrajšano različico naslova), ime in priimek avtorja/-jev z natančnim strokovnim in akademskim naslovom, popoln naslov ustanove ali ustanov, v katerih je bilo delo opravljeno, ime in e-pošto avtorja, ki je odgovoren za dopisovanje v zvezi s člankom.

Sledi naj slovenski **IZVLEČEK** (največ 180 besed), ki mora biti strukturiran in naj vsebuje razdelke: **Uvod** (Background): navesti je treba glavni problem in namen raziskave. **Metode** (Methods): opisati je treba glavne značilnosti izvedbe raziskave – vzorec in način izbora preiskovancev, ocenjevalne postopke, metode in trajanje intervencije. **Rezultati** (Results): opisati je treba glavne rezultate raziskave in omeniti druge pomembne meritve. **Zaključki** (Conclusions): navesti je treba zaključke, ki izhajajo iz podatkov, dobljenih v raziskavi, in klinično uporabnost raziskave. Enakovredno morajo biti navedene tako pozitivne kot negativne ugotovitve. Ker nekateri prispevki (npr. pregledni prispevki) nimajo običajne strukture članka, naj bo pri teh strukturiranost izvlečka ustrezno prilagojena.

Po izvlečku naj bo navedenih pet **ključnih besed**, ki natančno opredeljujejo vsebino prispevka in ne nastopajo v naslovu.

Na **drugi strani** naj bodo angleški naslov članka, angleški prevod izvlečka (Abstract) in ključne besede v angleščini.

Na naslednjih straneh naj sledijo besedilo članka, ki naj bo smiselno razdeljeno v poglavja (Uvod, Metode, Rezultati, Razprava, Zaključki, Literatura) in podpoglavja, kar naj bo razvidno iz načina podčrtavanja naslova oz. podnaslova, morebitna zahvala in literatura.

UVOD: opišite pregled področja, ki ste ga obravnavali v raziskavi. Vsako trditev, dognanje ali misel drugih je treba potrditi z referenco. Navedke v besedilu je treba oštevilčiti po vrstnem redu, po katerem se pojavljajo, z arabskimi številkami v oklepaju. Namen raziskave je predstavljen kot zadnji odstavek izhodišč.

METODE: v tem delu so opisane metode raziskovalnega dela, predstavljenega v prispevku. V

metodah naj bo vrstni red vsebin tak: **preiskovanci** (število, antropometrične in druge ključne lastnosti, vključitvena/izključitvena merila, soglasja preiskovancev in Etične komisije k raziskavi), **merilni in testni protokoli, merilna oprema in inštrumenti, protokol terapevtskih postopkov ali drugih intervencij ter metode statistične analize.**

REZULTATI: so predstavljeni v obliki besedila, tabel ali slik (graf, fotografije, preglednice, sheme itn.). Za vsak vstavljen element mora biti v besedilu naveden sklic v oklepaju (slika 1 ali tabela 1).

Tabele: zaporedna številka in opis tabele sta postavljena nad tabelo, in sicer ležeče. Počrtnite samo začetne in končne obrobe vrstic, druge črte naj bodo pri tiskanju nevidne. Vsa polja tabele morajo biti izpolnjena in mora biti jasno označeno, če podatki morebiti manjkajo. Če uporabljate podatke drugega avtorja, založnika ali neobjavljenega vira, si pridobite pisno dovoljenje in to v naslovu tabele tudi navedite.

Slike naj bodo oštevilčene v zaporedju, v katerem so omenjene v besedilu. Pri slikah je opis slike pod njo. Opis naj bo jednat, vendar dovolj podroben, da je slika razumljiva tudi brez iskanja dodatne razlage v glavnem besedilu. Slike naj bodo profesionalno narisane ali fotografirane; ročno napisani ali natipkani napisi niso ustrezni. Če uporabljate fotografije ljudi, morajo biti neprepoznavni ali pa morajo biti njihove slike opremljene s pisnim dovoljenjem o uporabi fotografij. Zaželeno je velikost 127 × 173 mm, a ne večja kot 203 × 245 mm. Črke, številke in simboli naj bodo jasni in enotni skozi vse besedilo ter primerne velikosti, da bodo še čitljivi po pomanjšavi za objavo. Naslovi in podobne razlage spadajo v legendo slik in ne na slike. Če je bila slika že objavljena, mora biti zapisan prvotni vir in za ponatis gradiva predloženo pisno dovoljenje imetnika avtorske pravice (dovoljenje se zahteva ne glede na avtorstvo in založnika, razen za dokumente v javni rabi). Ker bo tisk črno-bel, **uporabljajte le črno-belo grafiko.** Senčenje ozadja grafa ni primerno. Velikost grafa je odvisna od količine informacij na grafu in njegove preglednosti. V primeru uporabe več kot dveh stolpcev pri histogramih uporabite poleg bele in črne še svetlo sivo barvo ali črtaste vzorce. To bo zagotovilo preglednost grafa. Uporabite smiselno število decimal; za večino podatkov več kot ena ali dve decimalni mesti nista potrebni.

Podatkov po nepotrebnem **ne ponavljajte** v besedilu, tabelah in slikah. Posamezen podatek naj bo predstavljen zgolj v eni pojavnosti, razen če je ponovitev potrebna zaradi razumevanja rezultatov statistične analize podatkov.

Klinični primer (poročilo o primeru ali študija primera) obsega tako kot večina znanstvenih člankov naslednjo strukturo: **naslov, izvleček, uvod, opis primera** (vključuje predstavitev preiskovanca, ocenjevalne postopke, postopke intervencije in rezultate), **razprava, zaključki in literatura.** Klinični primeri opisujejo klinično prakso. Največkrat se nanašajo na enega ali več preiskovancev, lahko pa vključujejo tudi poročila o merilnih pripomočkih, uporabo opreme ali določene naprave za terapevtske ali raziskovalne namene. V kliničnih primerih ni kontrolne skupine, s katero bi ugotavljali odnos med vzrokom in učinkom med neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami. Izraz **poročilo o primeru** (case report) pripisujemo opisu dobre prakse in ne vključuje raziskovalne metodologije. Splošni namen pisanja poročila o primeru je torej predstaviti klinične izkušnje iz prakse. **Študija primera** (case study) nasprotno upošteva in vsebuje postopke in standarde raziskovalne metodologije.

RAZPRAVA: v razpravi umestite dobljene rezultate v ustrezen znanstven in strokovni kontekst.

ZAKLJUČKI: na kratko povzemite tiste rezultate, misli in sporočila, ki so po vaši presoji za bralca ključni. Pri tem odgovorite na namen raziskave/poročila o primeru.

LITERATURA: vsi navedki iz besedila morajo biti vsebovani v seznamu literature. Ta naj bo oštevilčen po vrstnem redu prvega pojavljanja v besedilu. Naslove revij, iz katerih je navedek, je treba krajšati, kot določa Index Medicus. Seznam lahko najdete na spletni strani: <http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>. Pri revijah, ki v letniku (volumnu) strani ne številčijo zvezno, praviloma v oklepaju za volumnom navedemo številko revije. Pri navedbah strani dodamo le številke strani desetiškega sistema, ki se spreminjajo: npr: od 1850 do 1856 napišemo 1850–6; od 1850 do 1912 napišemo 1850–912; od 1850 do 2017 napišemo 1850–2017. Če so med viri članki, ki so sprejeti za objavo, a še neobjavljeni, naj bodo v seznamu označeni "v tisku". Avtor mora pridobiti pisno dovoljenje za citiranje takih virov, prav tako potrditev tega, da so bili sprejeti za objavo.

1. Članek iz revije - en avtor: Borg GA (1974). Perceived exertion. *Exerc Sport Sci Rev* 2 (1): 131-53.
2. Članek iz revije - dva ali več avtorjev: Prado-Medeiros CL, Silva MP, Lessi GC, Alves MZ, Tannus A, Lindquist AR, Salvini TF (2012). Muscle atrophy and functional deficits of knee extensors and flexors in people with chronic stroke. *Phys Ther* 92 (3) : 429-39.

3. Članek iz revije, v katerem je avtor organizacija: American College of Sports Medicine and American Heart Association joint position statement: automated external defibrillators in health/fitness facilities (2002). Med Sci Sports Exerc 34 (2): 561-4.
4. Članek iz suplementa revije: Golbert JH (2005). Interprofessional learning and higher education structural barriers. J Interprof Care 19 (Suppl 1): 87-106.
5. Prispevek iz zbornika referatov: Kacin A, Strazar K, Podobnik G (2009). The effect of 4-week low-intensity ischemic training on quadriceps size, performance and oxygen availability. In: American College of Sports Medicine 56th Annual Meeting, Seattle, May 27-30, 2009. Final program, (Med Sci Sports Exerc 2009; 41(5), Suppl 1). Hagerstown: Lippincott Williams & Wilkins, 301.
6. Citiranje knjige: Polit DF, Beck CT (2006). Essentials of nursing research. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 34-51.
7. Citiranje poglavja iz knjige: Kraemer WJ, Spiering BA, Vescovi JD (2007). Adaptability of skeletal muscle: responses to increased and decreased use. In: Magee DJ, Zachazewski JE, Quillen WS, eds. Scientific foundations and principles of practice in musculoskeletal rehabilitation. 1st ed. St. Louis: Saunders, 79-96.
8. Citiranje diplomskega dela, magistrskega dela, doktorske disertacije: Palma P (2005). Vpliv števila stopenj prostosti pri proprioceptivni vadbi na posamezni sklep. Doktorsko delo. Ljubljana: Fakulteta za šport.
9. Citiranje neobjavljenega prispevka: Sočan M, Lužnik-Bufon T, Prosenc-Trilar K (2004). Ukrepi ob pojavu visoko patogenega virusa influence H5N1 in možnost prenosa na človeka. Zdrav Vestn. V tisku.
10. Citiranje materiala iz medmrežja: Lah A (2002). Okoljski pojavi in pojmi. Ljubljana: Svet za varstvo okolja Republike Slovenije. <http://www.gov.si/svo/>. <13. 4. 2006>