

Krzysztof Czechowski

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

O potrzebie rehabilitacji kompleksowej

Streszczenie

Osoby niepełnosprawne, aby w pełni uczestniczyć w społeczeństwie, wymagają rehabilitacji, która pozwoli im na usprawnienie ich funkcjonowania. Polska Szkoła Rehabilitacji, oparta na czterech podstawowych zasadach: powszechności, kompleksowości, wczesności i ciągłości, była rekomendowana przez Światową Organizację Zdrowia jako wzorcowy model rehabilitacji. Artykuł prezentuje konieczność podejmowania kompleksowych działań z zakresu rehabilitacji medycznej, społecznej, psychologicznej, zawodowej, gdzie podział ma jedynie znaczenie metodyczne, ponieważ w praktyce powinien być wielowymiarowym działaniem rehabilitacyjnym prowadzącym do pełnego włączenia społecznego przy zastosowaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia.

Słowa kluczowe: rehabilitacja kompleksowa, Polska Szkoła Rehabilitacji, osoby niepełnosprawne, aktywizacja społeczna i zawodowa

Need for comprehensive rehabilitation

Summary

People with disabilities to fully participate in society require rehabilitation that enables them to improve the efficiency of their functioning. The Polish School of Rehabilitation, based on four fundamental principles, i.e. universality, comprehensiveness, earliness and continuity, was recommended by the World Health Organization as a model of exemplary rehabilitation. The article presents the necessity of taking comprehensive actions in the field of medical, social, psychological and vocational rehabilitation, where the division is of methodical importance only, because in practice it should be a multidimensional rehabilitation measure leading to full social inclusion with the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Key words: comprehensive rehabilitation, Polish School of Rehabilitation, people with disabilities, social and vocational activation

1. Niepełnosprawność

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 1946 r. zdefiniowała pojęcie zdrowia w następujący sposób: „*Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej,*

umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”¹. Analiza definicji zdrowia najlepiej pozwoli ustalić, czym jest jego brak, na czym polega „utrata zdrowia”. Każdy z nas w następstwie choroby lub urazu może „utracić zdrowie”, czego konsekwencją są istotne uszkodzenia i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powodujące uniemożliwienie, utrudnienie lub ograniczenie sprawnego funkcjonowania w społeczeństwie, a to zgodnie z definicją sformułowaną przez WHO oznacza niepełnosprawność. W 1982 r. ONZ opracowało Światowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych, którego głównymi celami były:

- Prewencja (*prevention*), przeciwdziałanie utracie sprawności lub nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym (*impairments*), a także przeciwdziałanie negatywnym skutkom niesprawności, które już mają miejsce;
- Rehabilitacja (*rehabilitation*), działania umożliwiające osobie niepełnosprawnej osiągnięcie optymalnego intelektualnego, fizycznego i społecznego poziomu funkcjonowania oraz korzystanie ze sprzętu technicznego w celu osiągnięcia owego poziomu;
- Wyrównanie szans (*equalization of opportunities*), proces, który zmieni dotychczasowy system społeczny, między innymi kulturowe i fizyczne bariery uniemożliwiające powszechne uczestnictwo osobom niepełnosprawnym w życiu społecznym.

Światowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych promował również postulat równego traktowania. Zakładał on, że osoby niepełnosprawne powinny korzystać z takich samych praw, jak pozostała część społeczeństwa oraz z poprawy warunków bytowych wynikających ze społecznego i gospodarczego rozwoju kraju. W taki sposób osoby niepełnosprawne powinny być traktowane we wszystkich państwach, bez względu na poziom ich rozwoju. Realizacja celów zawartych w Światowym Programie Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych wymaga wzrostu społecznego i gospodarczego kraju, rozszerzenia usług oferowanych przez państwo na rzecz jego obywateli oraz podniesienia standardu ich życia. Konieczne jest również podejmowanie działań prewencyjnych wobec zjawisk, które przyczyniają się do występowania niepełnosprawności, takich jak: wojny, ubóstwo, głód czy epidemie. Zlikwidowanie tych przyczyn jest czasochłonne oraz wymaga przeznaczenia na nie dużych nakładów finansowych.

W naszym kraju osoby niepełnosprawne na przestrzeni wieków były określane jako: upośledzone, kalekie oraz inwalidzi. Analizując słowo „inwalida”, pochodzące z języka łacińskiego (*validus* – silny, *in* – bez, pozbawiony), można stwierdzić, że inwalidą określaną jest osoba, u której „[...] występują wady lub defekty fizyczne lub umysłowe o charakterze trwałym”.

¹ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, 1946

Pojawienie się renesansowej idei dualizmu ciała i duszy stworzyło podstawy do szybkiego rozwoju nauk medycznych, równoległe jednak, na wiele lat, skierowało uwagę praktyków medycyny na sferę somatyczną, dostępną obiektywnemu badaniu klinicznemu. Zgodnie z biomedycznym pojmowaniem zdrowia, ciało człowieka uznawane było za maszynę, zaś choroba była weryfikowalnym odchyleniem od normy². Osoby niepełnosprawne przez minione wieki postrzegane były jako „ciężar społeczeństwa”. Dopiero pod koniec lat 60. ubiegłego wieku osoby niepełnosprawne zaczęły upominać się o godne życie. W swych apelach zwracały one uwagę na konieczność zwiększenia możliwości ich „samodzielnego życia” w społeczeństwie. Niepełnosprawni działacze społeczni oraz organizacje osób niepełnosprawnych wspólnie potępiali traktowanie ich jako „obywateli drugiej kategorii”. Zwracali uwagę na wpływ barier społecznych i środowiskowych (jak nieprzystosowane budynki i komunikacja), dyskryminujących postaw oraz negatywnych stereotypów kulturowych, które „upośledzały” niepełnosprawnych³.

2. Rehabilitacja

Najważniejszym w chwili obecnej aktem prawnym stojącym na straży praw osób niepełnosprawnych jest Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, która została przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 r., natomiast rząd Polski podpisał ją 20 marca 2007 r., a Prezydent ratyfikował 6 września 2012 r. Celem Konwencji jest ochrona oraz zapewnienie pełnego i równego korzystania z praw człowieka i podstawowych wolności przez osoby niepełnosprawne na równi ze wszystkimi innymi obywatelami. Polska zobowiązana jest do wprowadzenia w życie zawartych w Konwencji standardów postępowania w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym realizacji ich praw.

Art. 26 Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych stanowi, że Państwa Strony podejmą skuteczne i odpowiednie środki, uwzględniając wsparcie wzajemnie udzielane sobie przez osoby niepełnosprawne oraz wsparcie udzielane przez inne osoby, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia społeczeństwa. W tym celu Państwa Strony zorganizują, wzmocnią i rozwiną usługi oraz programy w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób, aby usługi i programy:

(a) były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na interdyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału,

² DC. McClelland, *Human Motivation*, NY, Cambridge University Press, 1985

³ Colin Barnes, 2008

(b) wspierały udział i integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia społeczeństwa, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich.

2. Państwa Strony będą popierać rozwój szkolenia wstępnego i ustawicznego specjalistów i personelu pracujących w usługach rehabilitacji.

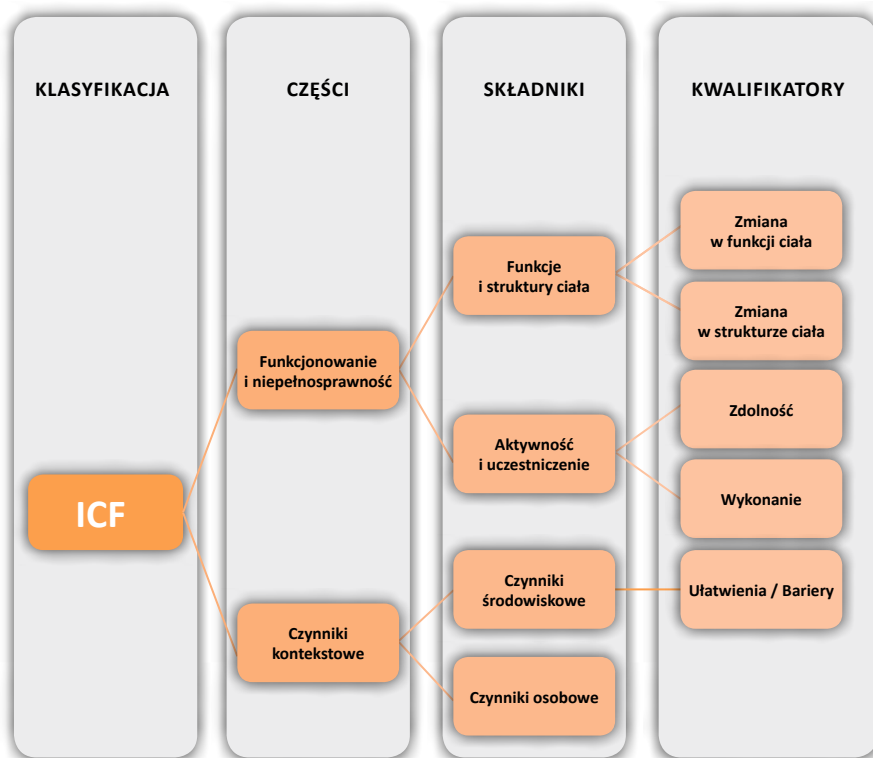
3. Państwa Strony będą promować dostępność, znajomość i korzystanie w procesie rehabilitacji z urządzeń i technologii wspomagających, zaprojektowanych dla osób niepełnosprawnych.

Ponieważ każdy człowiek w wyniku choroby czy urazu może stać się osobą niepełnosprawną, musimy mieć świadomość, jak ważną rolę w zakresie odzyskania lub poprawy utraconej sprawności ma rehabilitacja. Rozwój rehabilitacji współcześnie rozumianej zaczął się w XIX w. Podstawowym zadaniem rehabilitacji jest usprawnienie osoby z upośledzeniem sprawności fizycznej, umysłowej, psychicznej czy społecznej oraz zapewnienie jej odpowiednio do jej wieku i możliwości wykształcenia ogólnego lub zawodowego oraz zatrudnienia. Proces ten jest podejmowany na rzecz i przy współudziale osób, u których na skutek choroby lub urazu nastąpiło ograniczenie niektórych funkcji ustroju lub powstało trwałe kalectwo. Według Jana Christiana Smutsa (1870–1950) „Człowiek to otwarty system we wzajemnym oddziaływaniu i całkowitym powiązaniu ze środowiskiem” – to właśnie idea holizmu stanowi filozoficzną podstawę działań podejmowanych przez przedstawicieli tych wszystkich zawodów, które zorientowane są na biopsychospołeczny model zdrowia. Podstawę teoretyczną holistycznego definiowania zdrowia stanowi Ogólna Teoria Systemów (*General System Theory*). Jej twórca, Ludwig von Bertalanffy, twierdził, że sposoby działania na wyższych poziomach organizacji nie dają się objaśnić przez sumowanie właściwości i sposobów działania ich części składowych oddzielnie, a wśród organizmów żywych człowiek zajmuje uprzywilejowaną pozycję taksonomiczną⁴. Grant Gillett trafnie konstatuje, że medycyna holistyczna jest zgodna z etosem medycyny Hipokratesa i ma swój unikalny profil wśród nauk. Jej materialny cel to pomoc ludziom, ale jako nauka praktyczna nie jest w stanie uwolnić się od pewności oceny klinicznej, nawet zanim naukowe podstawy dla takiej oceny zostały ustalone⁵.

Światowa Organizacja Zdrowia w 2001 r. przyjęła Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). W Klasyfikacji tej przyjęto całościowy model niepełnosprawności, łączący model medyczny i społeczny (ryc. 1). Obejmuje on zależności pomiędzy uszkodzeniem organizmu, ograniczeniami aktywności oraz utrudnieniami lub ograniczeniami uczestnictwa w życiu społecznym, uwarunkowane czynnikami osobistymi i środowiskowymi.

⁴ L. Bertalanffy, *Perspectives on General Systems Theory – Scientific and Philosophical Studies*, NY, Braziller, 1975

⁵ G. Gillett, *Clinical medicine and the quest for certainty*, „Soc Sci Med” 2004, Nr 58(4), s. 727–738

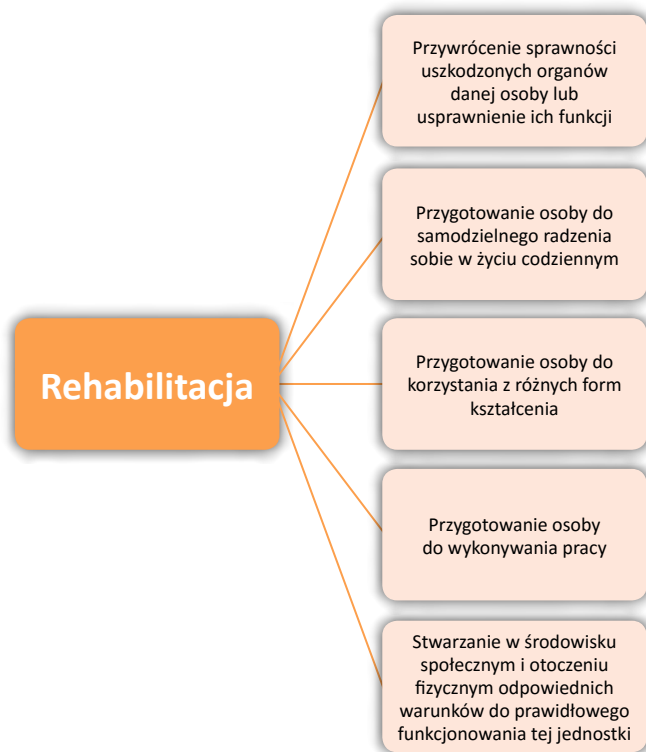


Ryc. 1. Schemat ICF

Źródło: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia

ICF to model uniwersalny, który odnosi się do wszystkich ludzi, niezależnie od kultury, schorzenia, płci czy wieku. Nie tworzy z niepełnosprawności cechy wyróżniającej mniejszość, lecz opisuje wszystkie dziedziny funkcjonowania i niepełnosprawności, które dotyczą każdego człowieka. ICF dostarcza obszernego i wystandaryzowanego schematu opisu funkcjonowania człowieka i jego ograniczeń oraz służy jako narzędzie do organizacji tych informacji. Tworzy strukturę porządkującą informacje w sensowny, logicznie i łatwo dostępny sposób. Informacje w ICF zorganizowane są w dwóch częściach, a każda z nich posiada dwa składniki. W celu opisania zakresu funkcjonowania lub poziomu niepełnosprawności oraz stopnia, w jakim dany czynnik środowiskowy stanowi ułatwienie lub ograniczenie, do klasyfikacji wprowadzono kwalifikatory. Stanowią one wspólny język, który pozwala na porównanie zdrowia populacji na poziomie jednostki w różnych regionach kraju i międzynarodowym, w tych samych oraz różnych okresach.

Zatem osoba niepełnosprawna nie jest tylko osobą z problemami chorobowymi wymagającą odpowiedniej opieki medycznej, ale jest członkiem społeczeństwa i prawa człowieka dotyczą jej w takim samym stopniu, jak wszystkich obywateli.



Ryc. 2. Podstawowe etapy rehabilitacji według WHO

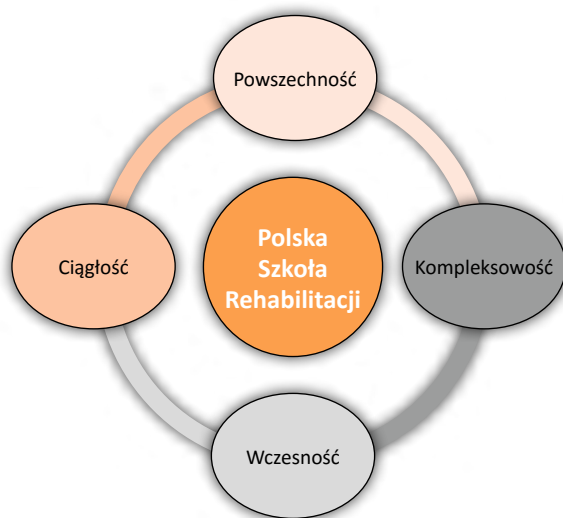
Źródło: WHO

W swej historii rehabilitacja wiązana była głównie z chorobami narządu ruchu, a jej początki datowane są już na kilka tysięcy lat przed naszą erą. Starożytni Grecy i Rzymianie stosowali gimnastykę leczniczą w wielu schorzeniach, a także uznawali gimnastykę za metodę umożliwiającą prawidłowy, harmonijny rozwój ludzkiego organizmu. Według definicji WHO rehabilitacja to kompleksowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO definiuje rehabilitację jako „[...] zestaw środków wspierających te jednostki, które doświadczają lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem” (ryc. 2). Wprowadzono rozróżnienie między habilitacją, której celem jest pomoc osobom z niepełnosprawnością wrodzoną lub osobom, u których niepełnosprawność rozwinęła się we wczesnym okresie życia, w wypracowaniu maksymalnego funkcjonowania, a rehabilitacją, gdzie ci, którzy doświadczyli utraty funkcji w życiu codziennym, są wspierani w odzyskiwaniu maksymalnego funkcjonowania.

Określenie „rehabilitacja” obejmuje oba rodzaje interwencji. Poprawa indywidualnego funkcjonowania osób poddanych rehabilitacji oznacza usprawnienie zdolności danej osoby do samodzielnego jedzenia i picia. Rehabilitacja obejmuje również wprowadzanie zmian w środowisku człowieka – na przykład poprzez instalację poręczy w toalecie. Ale inicjatywy w dziedzinie likwidacji barier na poziomie społecznym, jak np. montaż rampy w budynku użyteczności publicznej, nie są postrzegane w Światowym Raporcie o Niepełnosprawności jako rehabilitacja. Na ogół rehabilitacja trwa przez określony okres czasu, ale może obejmować jednostkowe lub liczne działania interwencyjne, które zapewniane są przez pojedynczą osobę lub zespół rehabilitacyjny i może być konieczna po rozpoznaniu schorzenia, aż po fazę ostrej choroby i w okresie leczenia podtrzymującego.

3. Polska Szkoła Rehabilitacji

Rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym, który dąży, najogólniej mówiąc, do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Rozwój rehabilitacji w Polsce jako jednej ze specjalności medycznych rozpoczął się po II wojnie światowej – uznano ją wtedy za integralną, trzecią fazę procesu terapeutycznego, obok diagnozowania i leczenia. Głównymi twórcami rehabilitacji medycznej w Polsce byli profesorowie: Wiktor Dega, Adam Gruca, Kazimiera Milanowska oraz Marian Weiss. Dzięki ich zaangażowaniu i olbrzymiej wiedzy uznawanej na całym świecie powstała w Polsce idea rehabilitacji oparta na 4 zasadach: powszechności, kompleksowości, wczesności, ciągłości (ryc. 3).



Ryc. 3. Model Polskiej Szkoły Rehabilitacji

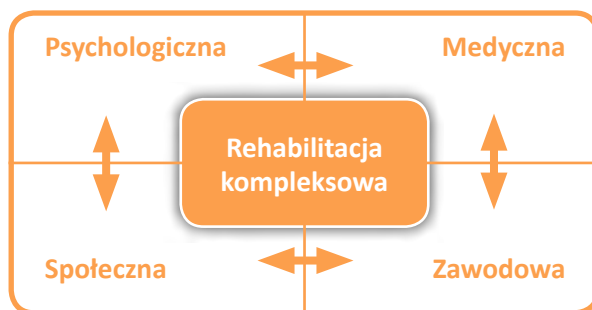
Źródło: opracowanie własne

- a) Powszechność** – rehabilitacja musi być powszechna, to znaczy dostępna każdemu, kto jej potrzebuje. Drugim aspektem powszechności rehabilitacji jest fakt, by obejmowała ona wszystkie dyscypliny medyczne. Rehabilitacja ma więc szerokie zastosowanie w medycynie zabiegowej i zachowawczej. Rehabilitacja jest podstawą sukcesu w leczeniu prawie wszystkich schorzeń.
- b) Kompleksowość** – rehabilitacja, zwłaszcza w przypadkach osób ciężko poszkodowanych, musi być prowadzona przez zespół wielospecjalistyczny. Zespół specjalistów obejmuje specjalistów rehabilitacji (kierownikiem zespołu jest lekarz rehabilitacji), pielęgniarki, fizjoterapeutów, służby pomocnicze, psychologów, nauczycieli, pedagogów specjalnych, pracowników socjalnych, a w razie potrzeby logopedów, foniatorów, protetyków, ortotyków i innych. Złożoność procesu leczenia osób z uszkodzeniami wielonarządowymi lub trwałymi poważnymi ubytkami funkcji powoduje konieczność dobrej organizacji pracy.
- c) Wczesność** – wczesne rozpoczęcie procesu rehabilitacji już w trakcie leczenia podstawowego, prowadzi do skrócenia czasu leczenia i poprawy jego wyników. Rehabilitacja powinna rozpocząć się już w pierwszych dniach choroby lub po przebytych urazie. Wcześniej zapoczątkowana rehabilitacja prowadzi do szybszego powrotu utraconych funkcji chorego lub wykształcenia takich mechanizmów kompensacyjnych, które utracą funkcję organizmu zastąpią lub uzupełnią. Ważnym elementem wczesnej rehabilitacji jest takie sterowanie mechanizmami kompensacyjnymi, by wydobywać z nich tylko pożądane efekty i niwelować ujemne skutki. Wcześniej podjęte leczenie usprawniające u pacjentów będących w stanie ciężkim (nieprzytomni, niewydolni oddechowo) zmniejsza liczbę groźnych powikłań i następstw długotrwałego unieruchomienia.
- d) Ciągłość** – rehabilitacja musi być ciągła i nieprzerwana. Rehabilitacja medyczna pozostaje w ścisłym związku z rehabilitacją społeczną (socjalną) i zawodową. Obejmuje ona osoby w trakcie leczenia szpitalnego, przejmuje ich w opiece ambulatoryjnej i kontynuowana jest w trakcie pobytu osoby niepełnosprawnej w domu. Wcześniej rozpoczęta rehabilitacja w oddziale szpitalnym powinna być kontynuowana w oddziale rehabilitacyjnym, a następnie w poradni rehabilitacyjnej. Okres rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej jest też czasem edukacji rodziny w zakresie procesu usprawniania w warunkach domowych. Bliscy osób niepełnosprawnych stają się kontynuatorami procesu rehabilitacji. Chcąc zachować ciągłość rehabilitacji osoby niepełnosprawnej, musimy w odpowiednim czasie przygotować jej rodzinę (osoby bliskie) do roli jej kontynuatorów. Nieodzownym warunkiem realizacji procesu rehabilitacji w warunkach domowych jest akceptacja niepełnosprawności chorego przez osoby najbliższe. Bazą zrozumienia swojej nowej sytuacji przez osobę niepełnosprawną, gdy trwał

zaburzenia funkcji występują nagle (jak np. po ciężkim urazie, po udarze mózgu, zawale mięśnia sercowego) jest zaakceptowanie tej niepełnosprawności najpierw przez osoby bliskie (rodzinę), a później przez samego chorego. W ciągłości rehabilitacji ważne jest, aby działania z zakresu rehabilitacji medycznej, zawodowej i społecznej prowadzone były w sposób harmonijny i uzupełniający się, stanowiąc spójną, jednorodną całość. Warto zauważyć, że tak widziana rehabilitacja realizuje zasadę leczenia człowieka, a nie tylko jego chorego narządu lub choroby⁶.

„Jeśli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją socjalną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny”.
prof. W. Dega (1995)

Dzięki założeniom wypracowanym przez Polską Szkołę Rehabilitacji rehabilitacja kompleksowa powinna odgrywać istotną rolę w integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. W ostatnich latach wymienione zasady zostały poszerzone o działania profilaktyczne w różnych dysfunkcjach oraz działania aktywizujące osoby niepełnosprawne⁷. W Pol-



Ryc. 4. Schemat kompleksowej rehabilitacji

Źródło: opracowanie własne

sce ukształtował się model rehabilitacji, który zakładał uwzględnienie wszystkich potrzeb chorego w procesie rehabilitacyjnym, niestety, nie jest on w chwili obecnej w pełni stosowany. Kompleksowy model rehabilitacji łączy rehabilitację medyczną, społeczną, psychologiczną, zawodową (ryc. 4). Podział ten ma znaczenie jedynie metodyczne, gdyż w praktyce rehabilitacja jest procesem ciągłym, a poszczególne jej etapy nakładają się i uzupełniają.

⁶ A. Kwolek, *Rehabilitacja medyczna*, Wrocław, Elsevier Urban & Partner, 2012; W. Dega, *Koncepcja rehabilitacji*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. K. Milanowska, W. Dega, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1998, s. 15; A. Kwolek, *Perspektywy rehabilitacji u progu XXI wieku*, Zamość, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji, 2003

⁷ A. Skwarcz, P. Majcher, *Współczesny model organizacji rehabilitacji według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)*, [w:] *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*, red. E. Rutkowska, Lublin, Wyd. Czelej, 2002, s. 87

Rehabilitacja psychologiczna to podjęcie działań psychologicznych mających na celu maksymalne przystosowanie jednostki do otoczenia społecznego i przygotowanie jej do samodzielnego uczestnictwa w życiu społecznym. Zadaniem rehabilitacji psychologicznej jest także psychiczne przystosowanie osoby do istniejącej niepełnosprawności. Istotną rolę spełnia także psychoterapia nastawiona na likwidację silnych reakcji na kalectwo fizyczne. Wsparcie ze strony innych osób jest potrzebne, gdy własna aktywność osoby niepełnosprawnej jest nieskuteczna (osoba nie może osiągnąć ważnych celów życiowych) lub przeciwnie skuteczna (osiąganie celów odwrotnych do zamierzonych). Może też prowadzić do zagrożenia życia i zdrowia oraz utraty celów życiowych, poczucia straty i niskiej jakości życia, niekiedy również do ostracyzmu społecznego. Wsparcie w rehabilitacji dotyczy ratowania zasobów biologicznych (życia, zdrowia oraz sprawności), bądź jest formą pomocy psychologicznej w budowaniu na nowo poczucia własnej wartości (akceptacji siebie) oraz redefinicji celów życiowych, gdy na skutek powstałych uszkodzeń osoba nie może ułożyć sobie korzystnych stosunków z otoczeniem.

Istota **rehabilitacji społecznej** polega na przywróceniu osobie niepełnosprawnej możliwie pełnej samodzielności społecznej we wszystkich wymiarach, tj. kulturowym i społecznym oraz na edukacji osób zdrowych w zakresie problematyki niepełnosprawności⁸. Uzyskany zakres samodzielności jest zróżnicowany u poszczególnych osób. Mogą one osiągnąć całkowitą samodzielność społeczną i ekonomiczną lub potrzebować okresowego albo stałego wsparcia. Jednym z podstawowych warunków dla realizacji procesu rehabilitacji społecznej jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym korzystania ze wszystkich dóbr kulturowych, społecznych i zawodowych. Likwidacja barier architektonicznych, urbanistycznych i transportowych jest tego przykładem.

Należy zauważyć, że w obecnej fazie usuwanie barier architektonicznych i urbanistycznych nie polega tylko na konstruowaniu wejść, budowie wind i pomieszczeń dla osób niepełnosprawnych. Właściwie rozumiana integracja osób sprawnych i niepełnosprawnych polega na takim konstruowaniu form architektonicznych i urbanistycznych, by były one na równi dostępne zarówno dla osób sprawnych, jak i niepełnosprawnych. Do podstawowych form rehabilitacji społecznej zalicza się uczestnictwo osób niepełnosprawnych w warsztatach terapii zajęciowej, turnusach rehabilitacyjnych, usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych oraz innych aktywnościach społecznych.

Rehabilitacja medyczna, nazywana też usprawnianiem leczniczym, jest dziedziną, która ma za zadanie przywrócenie możliwie optymalnej sprawności

⁸ J. Kiwerski, *Współczesne poglądy na rehabilitację*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. J. Kiwerski, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005, s. 26

do czynnego życia społecznego⁹. Kinezyterapia obejmuje całość zagadnień związanych z leczeniem ruchem; terapia zajęciowa polega na usprawnianiu przez zastosowanie różnych celowych i planowych zajęć typu manualnego; psychoterapia to oddziaływanie psychologiczne w celu przywrócenia osobie niepełnosprawnej równowagi psychicznej, poczucia własnej wartości, motywowania i mobilizowania jej do współpracy¹⁰. Rehabilitacja lecznicza ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy oraz poprawę jakości życia.

Rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy. Integracja osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie jest podstawową strategią współczesnej rehabilitacji. Możliwości tej integracji są największe w razie powrotu osoby niepełnosprawnej do środowiska pracy na odpowiednim stanowisku. Niepełnosprawni, którzy nie mogą powrócić do wykonywanej pracy, powinni być poddawani przekwalifikowaniu zawodowemu lub podjąć zatrudnienie w przystosowanych warunkach pracy. Część osób wymaga uregulowania spraw bytowych (przyznanie świadczeń z zabezpieczenia społecznego), zniesienia barier architektonicznych, urbanistycznych i społecznych oraz zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczno-rehabilitacyjny¹¹.

Do realizacji tych celów niezbędne jest:

- a) dokonanie oceny zdolności do pracy poprzez przeprowadzenie badań lekarskich i psychologicznych, umożliwiających określenie sprawności fizycznej, psychicznej i umysłowej do wykonywania zawodu oraz ocenę możliwości zwiększenia tej sprawności, a także ustalenia kwalifikacji, doświadczeń zawodowych, uzdolnień i zainteresowań;
- b) prowadzenie poradnictwa zawodowego uwzględniającego ocenę zdolności do pracy oraz umożliwiającego wybór odpowiedniego zawodu i szkolenia;
- c) przygotowanie zawodowe z uwzględnieniem perspektyw zatrudnienia;
- d) dobór odpowiedniego miejsca pracy i jego wyposażenie;
- e) określenie środków technicznych umożliwiających wykonywanie pracy.

Rehabilitacja zawodowa jest formą pozwalającą na przywrócenie zdolności do czynnej, twórczej działalności osobie niepełnosprawnej, która na skutek choroby lub urazu zdolność tę utraciła lub z powodu wad wrodzonych nigdy jej nie miała.

⁹ A. Hulek, *Podstawy rehabilitacji inwalidów*, Warszawa, Wyd. PZWL, 1964; C. Rejzner, M. Szczygielska-Majewska, *Wybrane zagadnienia z rehabilitacji*, Warszawa, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, 1992

¹⁰ M. Stachowska, *Rehabilitacja psychologiczna*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. K. Milanowska, W. Dega, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1998, s. 124

¹¹ G. Chojnacka-Szawłowska, K. Szablowski, *Rehabilitacja*, Warszawa, Wydawnictwo Medyczne Agencja Wydawniczo-Informacyjna, 1994, s. 79

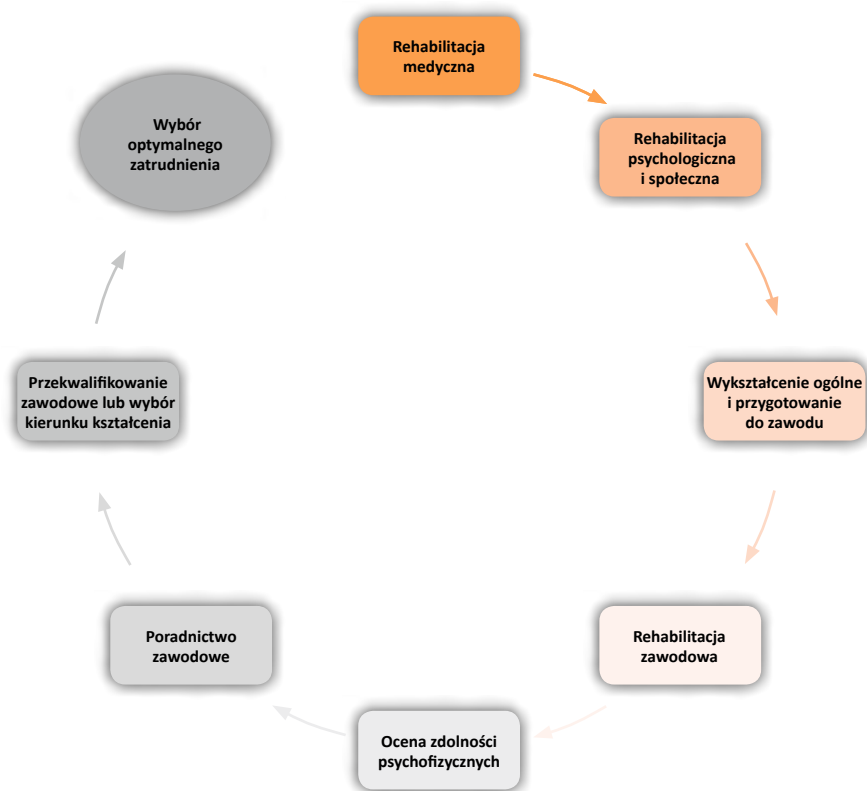
Podstawowe przesłanki:

- każda osoba, pomimo doznanego kalectwa lub nabytej choroby, zachowuje określone sprawności, które mogą być wykorzystane w życiu codziennym i w pracy zawodowej;
- żadna praca nie wymaga od osoby, która ją podejmuje, zaangażowania wszystkich sprawności fizycznych i psychicznych.

Zgodnie z raportem WHO *World Report on Disability* z 2011 r.¹² „*Na całym świecie osoby niepełnosprawne są przedsiębiorcami i osobami samozatrudniającymi się, rolnikami i robotnikami w fabrykach, lekarzami i nauczycielami, sprzedawcami i kierowcami autobusów, artystami i technikami komputerowymi. Prawie wszystkie prace mogą wykonywać osoby niepełnosprawne, a biorąc pod uwagę odpowiednie warunki, większość osób niepełnosprawnych może być produktywna. Jednak, jak udokumentowano w wielu badaniach, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się, w populacji osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym stwierdzono znacznie niższe wskaźniki zatrudnienia i znacznie wyższe wskaźniki bezrobocia niż u osób sprawnych. Niższe wskaźniki uczestnictwa w rynku pracy są jedną z najważniejszych dróg, którymi niepełnosprawność może prowadzić do ubóstwa*”. Przyjęcie i zaakceptowanie osoby niepełnosprawnej jako pełnoprawnego członka zespołu pracowniczego decyduje o jej sytuacji zawodowej, przyszłości w wybranym zawodzie, dalszym rozwoju, a więc o jakości jej życia. Daje jej szansę udowodnienia swojej wartości i przydatności, a zdrowym członkom zespołu satysfakcję z wykazania solidarności społecznej. Dzięki nowym rozwiązaniom technicznym zwiększyły się możliwości osób niepełnosprawnych. Współczesne urządzenia, wykorzystujące nowe techniki i materiały, poprawiają warunki pracy i coraz lepiej są dostosowane do psychotechnicznych możliwości pracownika. Możliwa jest zmiana technologii i automatyzacji procesów wytwórczych. W szczególnych przypadkach możliwe jest zastosowanie do ciężkich i niebezpiecznych prac manipulatorów. Mogą one służyć także do kompensacji ograniczeń chwiejności ręki pracownika (np. z protezą kończyny górnej). Miejsce rehabilitacji zawodowej w kompleksowym systemie przygotowania osób niepełnosprawnych do podjęcia pracy przedstawiono na ryc. 5.

Każdy, kto staje się niepełnosprawny, zmuszony jest do zmiany sposobu życia i dostosowania się do nowych warunków. Niepełnosprawność nie jest chorobą, jest stanem, który niesie ze sobą ograniczenia, często bardzo znaczne. Niepełnosprawność nie zamyka drogi do normalnego funkcjonowania w życiu codziennym, jednak je utrudnia. Trzeba zrobić wszystko, aby wykorzystać istniejące możliwości, zdolności, rozpocząć życie na nowo. Rehabilitacja osób niepełnosprawnych to zespół kompleksowych działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych,

¹² Światowy Raport o Niepełnosprawności, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2014, Nr I (10)



Ryc. 5. Czynniki wpływające na możliwości zatrudnienia osób niepełnosprawnych

Źródło: opracowanie własne

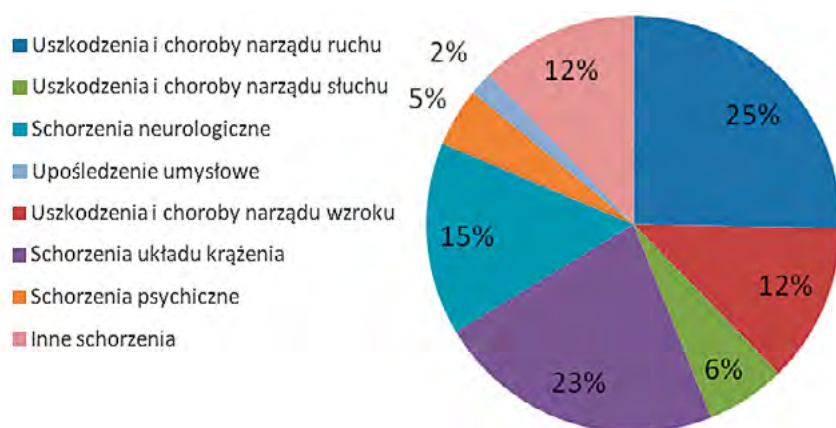
psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej, możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego zgromadzonych na podstawie przeprowadzonych badań Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS, 2011) wśród osób niepełnosprawnych najczęściej występującymi schorzeniami są: uszkodzenia i choroby narządu ruchu (25%), schorzenia układu krążenia (23%), schorzenia neurologiczne (15%). Całościowy obraz występujących schorzeń prezentuje tab. 1 oraz ryc. 6. Biorąc pod uwagę tak znaczną liczbę i rodzaj schorzeń występujących u osób niepełnosprawnych, niezwykle istotnym staje się powszechne stosowanie modelu rehabilitacji kompleksowej, wypracowanego przez Polską Szkołę Rehabilitacji.

Tab. 1. Osoby niepełnosprawne w wieku 15. lat i więcej według występujących grup schorzeń

Wyszczególnienie	2009 rok								
	ogółem	15-19 lat	20-29 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej
	<i>w tysiącach</i>								
Niepełnosprawni – ogółem	5 078,5	103,4	225,9	256,3	490,3	1 238,7	1 077,6	1 040,8	645,5
z tego mający:									
Uszkodzenia i choroby narządu ruchu	2 835,9	37,7	77,4	102,3	242,3	655,7	590,6	649,9	480,0
Uszkodzenia i choroby narządu wzroku	1 388,7	25,4	40,6	29,3	87,9	279,2	299,9	350,1	276,2
Uszkodzenia i choroby narządu słuchu	696,5	4,2	17,0	17,9	20,9	83,9	123,2	205,8	223,6
Schorzenia układu krążenia	2 520,6	10,1	28,2	23,5	139,5	559,1	637,6	685,8	436,7
Schorzenia neurologiczne	1 676,1	33,6	77,6	85,8	160,3	399,5	334,5	358,2	226,7
Schorzenia psychiczne	511,8	19,1	47,7	45,7	92,3	138,7	69,0	57,3	42,1
Upośledzenie umysłowe	201,9	25,8	49,6	25,4	36,5	30,0	10,4	12,4	11,9
Inne schorzenia	1 378,5	23,6	58,3	51,7	127,4	329,0	297,6	318,3	172,6

Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS, 2011)


Ryc. 6. Osoby niepełnosprawne w wieku 15. lat i więcej według występujących grup schorzeń w podziale (%)

Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS, 2011)

4. Podsumowanie

Zwiększenie liczby osób niepełnosprawnych powoduje wzrost nakładów finansowych na świadczenia, ale także wzrost cierpień ludzkich. Dlatego też konieczne jest zwiększenie roli rehabilitacji kompleksowej w procesie leczenia. Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych powinna stale przeplatać się z aktywizacją społeczną i pomocą psychologiczną. Bardzo ważne jest w procesie aktywizowania realne stawianie celów zarówno przed osobą niepełnosprawną, jak i w zapisach stosownych założeń programów rehabilitacyjnych, co oznacza, iż założenia, dotyczące zwiększenia aktywności zawodowej, np. w postaci powrotu na rynek pracy czy zmiany kwalifikacji i podjęcia nowego zatrudnienia, powinny być zawsze ustalane indywidualnie dla każdej osoby. Polski model rehabilitacji wypracowany w latach 60. wymaga dostosowania do nowej rzeczywistości, gdyż postęp w wiedzy medycznej, technicznej, rehabilitacyjnej od tamtych czasów jest kolosalny, np. zastosowanie technologii wspomagającej (*Assistive Technology*), a za takie uznać należy wszystkie rozwiązania techniczne, które mają swoje zastosowanie do zwiększania, zachowania lub poprawy możliwości funkcjonalnych osoby niepełnosprawnej. Nie może być jednolitego modelu rehabilitacji. W Polsce są miejscowości, ośrodki oraz organizacje, które można by wskazywać jako wzór, ale są też, niestety, ich przeciwności. Wśród wielu luk, których można by się doszukiwać, największa to trudności w dostępie do rehabilitacji w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej. Wydaje się potrzebne wprowadzenie wystandardyzowanych procedur zarządzania procesem rehabilitacji, szczególnie dla osób zagrożonych trwałą niepełnosprawnością.

W Polsce postępuje proces starzenia się ludności i stanowi bardzo istotne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego, również w zakresie usług i dostępności rehabilitacji. Według prognoz Eurostatu Polska należy do najszybciej starzejących się społeczeństw UE – do 2060 r. odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie wynosił 31,7%. Wraz z wiekiem zwiększa się ryzyko występowania wielu chorób, w tym również przewlekłych, których następstwem może być obniżony stan funkcjonalny prowadzący często do niepełnosprawności albo do niesamodzielności.

Jak wynika z badań GUS¹³, w 2009 r. występowanie chorób przewlekłych stwierdzono u niemalże 55% naszego społeczeństwa. Choroby przewlekłe częściej występują u kobiet niż u mężczyzn, częstość ich występowania wzrasta wraz z wiekiem, a gwałtownie po ukończeniu 50. roku życia. W tej grupie wiekowej na chociaż jedną chorobę przewlekłą uskarżało się 82% osób. Pełniejszą interpretację danych dotyczących trwania życia umożliwia analizowanie ich w powiązaniu ze stanem zdrowia. Wskaźnik przeciętnego trwania życia w zdrowiu określa dla danej osoby (o określonej płci i wieku) średnią liczbę lat życia bez

¹³ *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2011

niepełnosprawności. Wskaźnik ten dodaje zatem wymiar jakościowy do przewidywanej liczby lat życia i pozwala na obserwację, czy dłuższe życie oznacza jednocześnie dłuższe życie w dobrym zdrowiu. Jak wskazują wyniki badań Eurostat dotyczące 2012 r., trwanie życia w zdrowiu w Polsce wyniosło dla kobiet ponad 77% przewidywanego trwania życia, a dla mężczyzn ponad 80% – są to wskaźniki nieznacznie wyższe niż średnie dla Europy. Oznacza to, że w przypadku kobiet – spośród 81 lat przewidywanego w 2012 r. trwania życia, pierwsze 63 lata (77%) będzie okresem bez ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością, dla mężczyzn 59 lat z ok. 73 (tj. ponad 80%). Jednakże – wraz z wiekiem wskaźniki te ulegają obniżeniu i udział procentowy pozostałego życia bez niepełnosprawności zaczyna się zmniejszać, np.: dla kobiet w wieku 50. lat dalsze życie w zdrowiu dotyczy już tylko 53% pozostałych lat życia, a dla mężczyzn 60%. Z kolei mężczyzna w wieku 65. lat może oczekiwać, że jeszcze 48% jego dalszego życia upłynie w zdrowiu (7,4 lat), a kobieta – niespełna 40% (7,8 lat). W przypadku Polski wskaźniki dla starszego wieku są niższe niż średnie dla krajów europejskich¹⁴.

Dotychczas polska polityka zdominowana była przez silosowe podejście do rozwiązywania najistotniejszych problemów społecznych, dla przykładu wiele inwestycji rozpatrywanych jest w ujęciu sektorowym. Proces rehabilitacji należy postrzegać w sposób całościowy – kompleksowy i międzysektorowy, zarówno względem pacjenta, jak również z perspektywy korzyści, jakie za sobą niesie dla ogółu społeczeństwa. Obecnie w naszym kraju nie ma możliwości rehabilitacji leczniczej bezpośrednio po leczeniu szpitalnym. Czas oczekiwania na rehabilitację wynosi od kilku tygodni do kilku miesięcy, a w tym okresie dochodzi do utrwalenia negatywnych zmian funkcjonalnych i pogorszenia stanu psychicznego pacjenta. Dlatego też niezbędne jest wprowadzenie rehabilitacji kompleksowej.

Konieczne są zdecydowane wspólne działania wszystkich organów administracji centralnej, samorządowej, instytucji zabezpieczenia społecznego wraz z instytucjami ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych i pracodawców, umożliwiające zapobieganie niepełnosprawności, a także aktywizację zawodową osób niepełnosprawnych w naszym kraju. Sprawny system powinien obejmować rehabilitację kompleksową zapoczątkowaną na jak najwcześniejszym etapie choroby, aby jej efektywność była jak najwyższa.

Bibliografia

- Bertalanffy L., *Perspectives on General Systems Theory – Scientific and Philosophical Studies*, NY, Braziller, 1975
 Chojnacka-Szawłowska G., Szawłowski K., *Rehabilitacja*, Warszawa, Wydawnictwo Medyczne Agencja Wydawniczo-Informacyjna, 1994
 Colin Barnes, 2008

¹⁴ Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 r., GUS, Warszawa, 2015

- Dega W., *Koncepcja rehabilitacji*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. Milanowska K., Dega W., Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1998
- Gillett G., *Clinical medicine and the quest for certainty*, „Soc Sci Med” 2004, Nr 58(4)
- Hulek A., *Podstawy rehabilitacji inwalidów*, Warszawa, Wyd. PZWL, 1964
- Kiwerski J., *Współczesne poglądy na rehabilitację*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. Kiwerski J., Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, 1946
- Kwolek A., *Perspektywy rehabilitacji u progu XXI wieku*, Zamość, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji, 2003
- Kwolek A., *Rehabilitacja medyczna*, Wrocław, Elsevier Urban & Partner, 2012
- McClelland DC., *Human Motivation*, NY, Cambridge University Press, 1985
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia, 2001
- Rejzner C., Szczygielska-Majewska M., *Wybrane zagadnienia z rehabilitacji*, Warszawa, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, 1992
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U., poz. 1332)
- Skwarcz A., Majcher P., *Współczesny model organizacji rehabilitacji według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)*, [w:] *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*, red. Rutkowska E., Lublin, Wyd. Czelej, 2002
- Stachowska M., *Rehabilitacja psychologiczna*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. Milanowska K., Dega W., Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1998
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2011
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. Goryński P., Wojtyniak B., Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2008
- Światowy Raport o Niepełnosprawności*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2014, Nr I (10)