

Jadwiga Kawwa

Szkoła Zdrowia Publicznego, CMKP

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

Znaczenie rehabilitacji w zapobieganiu niepełnosprawności

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie czytelnikowi problemu niepełnosprawności i znaczenia rehabilitacji w jej zapobieganiu w ujęciu historycznym, tj. od starożytności aż do chwili obecnej. Zobrazowanie zmian, jakie zaszły w ubiegłym stuleciu, pozwala zauważyć, że niepełnosprawność nie jest już postrzegana jako problem jednostkowy osoby, która w celu poprawy zdrowia i stanu funkcjonalnego wymaga diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Autorki zwracają również uwagę, że Polska Szkoła Rehabilitacji, ukształtowana w latach 50. i 60. XX w., powinna być kontynuowana w myśl kompleksowego i zespołowego postępowania w odniesieniu do osób chorych i niepełnosprawnych.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, proces rehabilitacji, Polska Szkoła Rehabilitacji

Importance of rehabilitation in preventing disability

Summary

The purpose of this article is acquainting the reader with the problem of disability and the importance of rehabilitation in its prevention in the historical perspective, i.e. from antiquity to our times. The picture of changes that happened in the previous century allows to note that disability is no longer perceived as an individual problem of a person who needs diagnosing, treatment, and rehabilitation to improve his/her health and functioning ability. The authors also remark that the Polish School of Rehabilitation formed in the years 50s and 60s of the 20th century should be continued with the idea of complex and group acting with regard to sick and disabled persons.

Key words: disability, rehabilitation process, Polish School of Rehabilitation

Wprowadzenie

Od zarania dziejów ludzie chorowali, ulegali wypadkom i część z nich stawała się w następstwie tych zdarzeń osobami kalekimi. Wraz z upływem lat zmieniało się nazewnictwo odnośnie do stanu upośledzenia funkcjonowania człowieka spowodowanego uszkodzeniem w różnym stopniu narządów i układów organizmu. Od końca XIX w. przyjęto termin inwalidztwo, a od lat 80. XX w. zaczęto określać ten stan upośledzenia funkcjonalnego w następstwie chorób lub urazów jako niepełnosprawność.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) niepełnosprawność to wynikające z uszkodzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny u człowieka. Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie są w stanie, całkowicie lub częściowo, zapewnić sobie możliwości samodzielnego, normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych.

W ubiegłym stuleciu niepełnosprawność postrzegano jako problem jednostkowy osoby wymagającej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, mających na celu poprawę jej zdrowia i stanu funkcjonalnego. W ocenie niepełnosprawności nie brano pod uwagę aspektów psychospołecznych i problemów życiowych tych osób.

Jednak w 1994 r. w czasie Europejskiego Forum Niepełnosprawności w Parlamencie Europejskim przyjęto nową definicję osoby niepełnosprawnej, a mianowicie: „*Osobą niepełnosprawną (ON) jest jednostka w pełni swych praw, znajdująca się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężyć w taki sposób jak inni ludzie*”.

Profesor Marian Weiss twierdził, że „[...] ustalenie niepełnosprawności powinno opierać się na określeniu zdolności do wykonywania sześciu podstawowych czynności, jakie codziennie wykonuje każdy człowiek, a więc dbanie o higienę osobistą i odżywianie się, poruszanie się, nawiązywanie kontaktów międzyludzkich oraz zdobycie zawodu i uzyskanie środków na utrzymanie, a także wypoczynek”¹.

W Polsce pojęcie niepełnosprawności po raz pierwszy pojawiło się w 1982 r. w uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych². Natomiast obecnie obowiązująca definicja jest zawarta w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Zgodnie z tą ustawą „[...] niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwałe lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolność do wykonywania pracy zawodowej”³.

WHO w 2001 r. ogłosiła Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF*)⁴. W Klasyfikacji tej przyjęto całościowy model niepełnosprawności, łączący aspekt medyczny i społeczny. Obejmuje on zależności pomiędzy uszkodzeniem organizmu, ograniczeniami aktywności oraz utrudnieniami

¹ W. Dykcik, *Pedagogika specjalna*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, 1997

² Uchwała Sejmu z 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych, MP 1982, nr 22, poz. 188

³ Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu niepełnosprawnych, Dz. U. nr 123, poz. 776

⁴ Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, WHO, CSIOZ, Warszawa, 2012

lub ograniczeniami uczestnictwa w życiu społecznym uwarunkowane czynnikami osobistymi i środowiskowymi (ryc. 1). A więc osoba niepełnosprawna nie jest tylko osobą z problemami chorobowymi, wymagającą odpowiedniej opieki medycznej, ale jest również członkiem społeczeństwa i powinna mieć zapewnione takie same prawa, jak wszyscy obywatele.



Ryc. 1. Zależności między składnikami ICF

Źródło: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa, 2001

Bardzo ważnym aktem prawnym związanym z niepełnosprawnością jest Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, ratyfikowana przez Polskę w 2012 r.⁵. Jej celem jest „popieranie, ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności przez osoby niepełnosprawne oraz popieranie poszanowania ich przyrodzonej godności”. Zgodnie z Konwencją do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może w oddziaływaniu z różnymi barierami utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.

W naszym kraju obserwujemy wysoki poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, urazów i zatruc oraz wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Postęp w dziedzinie medycyny powoduje wydłużenie trwania życia i zwiększanie się liczebności osób starszych. Zmieniająca się sytuacja rodziny i rosnące oczekiwania lepszej jakości życia spowodowały, że niepełnosprawność i niesamodzielność są w naszym państwie problemem społecznym.

⁵ Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 2012 r., poz. 1169, Powszechna deklaracja praw człowieka, <http://www.unesco.pl>, [dostęp z dnia: 9.03.2016]

Celem artykułu jest uwypuklenie narastającego problemu niepełnosprawności polskiego starzejącego się społeczeństwa oraz roli kompleksowej rehabilitacji w jej zapobieganiu i ograniczaniu.

Niepełnosprawność w liczbach

Według Światowego Raportu o Niepełnosprawności, opracowanego przez WHO i Bank Światowy, na świecie żyje ponad miliard ludzi niepełnosprawnych, w tym 110–190 mln boryka się ze znacznymi trudnościami w funkcjonowaniu. Według szacunków WHO w latach 70. XX w. osoby niepełnosprawne stanowiły ok. 10% ogółu ludności świata. Ale liczba osób niepełnosprawnych systematycznie rośnie i obecnie stanowi 15% populacji globalnej⁶. Zmiana ta jest spowodowana wydłużeniem trwania życia, częstym występowaniem chorób przewlekłych (choroby serca, cukrzyca, nowotwory, itp.), a także urazów (wypadki drogowe, klęski żywiołowe, itp.).

Niepełnosprawność częściej występuje wśród kobiet, osób ubogich i starszych. W raporcie tym stwierdzono, że wśród osób niepełnosprawnych odnotowuje się gorszy stan zdrowia, gorsze wyniki w edukacji, mniejsze uczestnictwo w życiu gospodarczym. Wskaźnik ubóstwa w grupie osób niepełnosprawnych jest wyższy niż wśród sprawnych.

W naszym kraju liczba osób niepełnosprawnych jest trudna do ustalenia. Istnieje bowiem pięć różnych systemów orzecznictwa o niepełnosprawności, niezdolności do pracy, służby wojskowej, a także brakuje standardów orzecznich. Według ostatnich badań stanu zdrowia ludności Polski przeprowadzonych przez GUS w 2009 r. w kraju było 4 155 300 osób niepełnosprawnych (tab. 1), co stanowiło ok. 14% populacji. Największą liczbę niepełnosprawnych odnotowano w województwie lubelskim (tab. 2)⁷.

Tabela 1. Osoby z prawnie orzeczoną niepełnosprawnością w 2004 i 2009 r.

Stopień niepełnosprawności	2004	2009	Różnica
	(w tys.)		
Ogółem	4 818,3	4 155,3	-662,9
Znaczny	1 275,3	1 265,9	-9,4
Umiarkowany	1 605,2	1 497,8	-107,4
Lekki	1 752,5	1 207,3	-545,1
Bez orzeczenia o stopniu (dzieci do lat 16.)	185,3	184,4	-1,0

Źródło: GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, Warszawa, 2011

⁶ Światowy raport o niepełnosprawności, WHO, 2011, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2014, Nr I(10)

⁷ GUS: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, Warszawa, 2011. Projekt globalnego planu działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021: *Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2014, Nr IV(13)

Tabela 2. Udział osób niepełnosprawnych w strukturze społecznej w województwach w 2009 r.

Województwa	Ogółem	0–14 lat	15–29 lat	30–49 lat	50–69 lat	70 lat i więcej
	(w odsetkach danej grupy wieku)					
Ogółem	13,9	3,1	3,9	7,1	25,0	45,2
dolnośląskie	14,2	2,7	4,3	7,0	23,8	46,7
kujawsko-pomorskie	16,1	4,2	5,7	9,8	26,9	51,5
lubelskie	16,3	3,0	3,7	9,4	29,8	50,1
lubuskie	16,1	4,0	4,2	7,5	32,5	47,5
łódzkie	15,3	3,5	3,8	7,1	26,1	46,4
małopolskie	15,8	1,9	4,6	6,9	30,8	55,6
mazowieckie	12,4	5,1	3,3	4,5	22,2	38,9
opolskie	14,8	5,1	3,4	8,3	23,8	48,9
podkarpackie	13,2	3,0	4,2	8,4	25,2	39,8
podlaskie	12,4	1,1	4,5	7,0	20,7	41,7
pomorskie	13,1	2,4	3,7	8,0	25,0	42,0
śląskie	13,7	1,5	3,5	7,6	23,1	46,1
świętokrzyskie	12,0	3,6	3,5	6,2	19,6	37,3
warmińsko-mazurskie	12,4	2,3	3,7	7,9	21,8	46,2
wielkopolskie	13,0	2,7	3,0	5,2	27,3	45,9
zachodniopomorskie	13,4	5,0	4,0	9,2	22,4	38,5

Źródło: GUS: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku, Warszawa, 2011

Liczbę osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy przedstawia tab. 3.

Tabela 3. Liczba osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy i wydatki na ten cel w 2014 r.

Rodzaj renty	Liczba rent	Wydatki na renty w mld zł
ZUS	1 034 000	17,6
KRUS	215 850	2,5
Renty socjalne	269 000	2,3
Renty inwalidów wojennych	40 272	1,4
Razem	1 559 122	23,8

Źródło: opracowanie własne

Wydatki na świadczenia pieniężne i rzeczowe dla osób niepełnosprawnych wynoszą kilkadziesiąt miliardów złotych rocznie. Natomiast cierpienie ludzi jest niepoliczalne i niemożliwe do oszacowania.

Działania na rzecz niepełnosprawności

Osoby niepełnosprawne doświadczają zależności oraz ograniczonego uczestnictwa w życiu społecznym spowodowanego izolacją i instytucjonalizacją pomocy. Autorzy Światowego Raportu o Niepełnosprawności zaobserwowali, że głównym problemem osób niepełnosprawnych nie jest stan ich zdrowia, ale sposób traktowania ich przez społeczeństwo. Światowy Raport o Niepełnosprawności, opublikowany przez WHO w 2011 r., poprzez zastosowanie ICF ustala ramy koncepcyjne do wykorzystania w zakresie wszystkich aspektów rehabilitacji. Rehabilitacja powinna umocnić pozycję osoby niepełnosprawnej oraz jej rodziny. Autorzy raportu zalecają podjęcie przez rządy państw i ich partnerów następujących działań na rzecz osób niepełnosprawnych:

- umożliwienie osobom niepełnosprawnym dostępu do głównych usług,
- inwestowanie w konkretne programy i usługi przeznaczone dla osób niepełnosprawnych (rehabilitacja, technologie wspomagające, itp.),
- przyjęcie krajowej strategii oraz planu działań w sprawie osób niepełnosprawnych, zawierających kompleksową i długoterminową wizję w zakresie głównych obszarów programowych oraz konkretnych usług dla osób niepełnosprawnych,
- podjęcie działań dążących do zwiększenia świadomości społecznej i zrozumienia niepełnosprawności.

W podobny sposób wypowiedziała się ONZ. Artykuł 26 Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych (ang. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*; CRPD), noszący tytuł *Habilitacja i rehabilitacja*, wzywa do: „[...] podjęcia odpowiednich środków, w tym poprzez wzajemne wsparcie, aby umożliwić osobom niepełnosprawnym uzyskanie oraz utrzymanie swojej możliwie największej niezależności, pełnej zdolności fizycznej, psychicznej, społecznej i umiejętności zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia”.

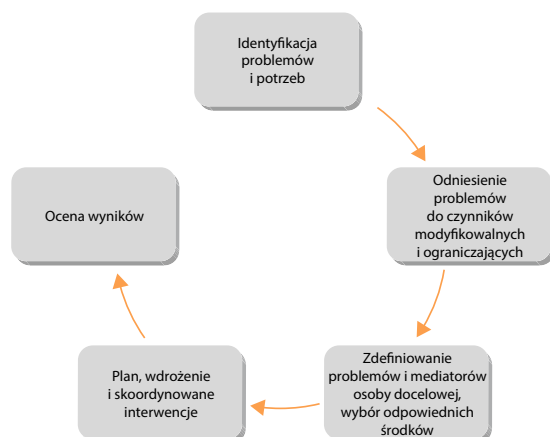
W Raporcie WHO wzywa się państwa do organizowania, umacniania i rozszerzania kompleksowych usług i programów rehabilitacyjnych, które mają rozpocząć się jak najwcześniej w oparciu o multidyscyplinarną i indywidualną ocenę potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych, włącznie z zapewnieniem dostępu do urządzeń i technologii wspomagających. Raport 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”.

W raporcie rozróżnia się dwa pojęcia: habilitację, definiując ją jako pomoc osobom z niepełnosprawnością wrodzoną lub taką, która rozwinęła się we wczesnym okresie życia, a także rehabilitację, jako skierowaną do osób, które doświadczyły

utraty funkcji w okresie późniejszym. Rehabilitacja jest pojęciem szerszym i w obu tych przypadkach (habilitacji i rehabilitacji) jest realizowana poprzez:

- identyfikację problemów i potrzeb danej osoby w stosunku do istotnych czynników jednostki i środowiska,
- określenie celów rehabilitacji,
- planowanie i realizowanie swoich działań,
- ocenę jej skutków (ryc. 2).

Ważne jest, aby osoby niepełnosprawne i ich rodziny byli partnerami w procesie rehabilitacji.



Ryc. 2. Proces rehabilitacji

Źródło: Światowy Raport o Niepełnosprawności, WHO

Globalny Plan Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021 pod nazwą *Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych* wskazuje, że inwestowanie w rehabilitację oraz świadczenia technologii wspomagających jest korzystne, ponieważ buduje potencjał ludzki i okazuje się być pomocne w umożliwieniu osobom z ograniczeniami funkcjonowania powrotu do domu lub społeczności, samodzielnego życia i uczestnictwa w edukacji, rynku pracy i życiu społecznym. Może również zmniejszyć zapotrzebowanie na formalne świadczenia wsparcia, a także skrócić opiekunom czasowe i fizyczne obciążenie⁸.

Dla zmniejszenia liczby osób niepełnosprawnych w naszym kraju konieczne jest podjęcie działań mających na celu zmianę organizacji świadczeń w zakresie:

- leczenia (wczesna prawidłowa diagnostyka w celu wdrożenia właściwego leczenia i skrócenia okresu czasowej niezdolności do pracy),

⁸ *Biała księga medycyny fizycznej i rehabilitacji w Europie*, tłum. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji, 2013, <http://www.ptreh.com/upload/file/ksiega.pdf>, [dostęp z dnia: 9.03.2016]

- wczesnej rehabilitacji kompleksowej, zgodnej z założeniami Polskiej Szkoły Rehabilitacji rekomendowanej przez WHO jako wzór do naśladowania przez inne kraje, dostosowanej do stanu funkcjonalnego osób niepełnosprawnych ocenianego według ICF.

Obecnie w naszym kraju nie ma możliwości uzyskania ze środków publicznych rehabilitacji leczniczej bezpośrednio po leczeniu szpitalnym. Czas oczekiwania wynosi od kilku tygodni do kilku miesięcy, a w tym okresie dochodzi do utrwalenia negatywnych zmian funkcjonalnych i pogorszenia stanu psychicznego pacjenta.

Początki rehabilitacji

WHO określa rehabilitację jako „[...] użycie wszystkich środków mających na celu zmniejszenie wpływu niepełnosprawności i stanów upośledzających i stworzenie warunków, w których osoby z niepełnosprawnością osiągną optymalny poziom integracji społecznej”⁹. Pojęcie „rehabilitacja” zostało oficjalnie użyte po raz pierwszy w 1918 r., czyli rehabilitacja jako dziedzina wiedzy wydaje się młoda. Niemniej jednak, jej początki sięgają pradziejów ludzkości. Rehabilitacja w swym obecnym ujęciu i formie organizacyjnej stanowi niewątpliwie nowy kierunek działania i postępowania w dziedzinie ochrony zdrowia oraz rozwijania i utrzymywania jak najlepszej sprawności fizycznej człowieka¹⁰.

W czasach człowieka pierwotnego osoby okaleczone i upośledzone fizycznie stanowiły wielkie obciążenie dla reszty społeczności i dlatego porzucano je bez względu na to, jaki czekał je los. Tolerowano jedynie okaleczających przywódców plemion, zasłużonych ze względu na ich męstwo.

Na Dalekim Wschodzie, w Chinach, już w roku 2698 p.n.e. urządzano turnieje zdrowotne, w których stosowano ćwiczenia wolne, kształtujące oraz dużo ćwiczeń oddechowych. W Japonii Tokuhon-Nagata, uczoney i filozof zwany japońskim Hipokratesem, zajmował się badaniami nad wpływem ruchu i ćwiczeń na zdrowie i siłę człowieka.

W Europie było podobnie, medycyna grecka opierała się w dużej mierze na kinezyterapii. Empedokles – lekarz grecki – stosował w leczeniu dużo ćwiczeń oddechowych. Diokles z Karystos (IV w. p.n.e.) w swojej książce o higienie zalecał dużo ćwiczeń i ruchu. W dziełach Hipokratesa znajdujemy wiele zaleceń i wytycznych, zarówno co do zapobiegania, jak i leczenia zniekształceń ciała. W dziele *O chirurgii* mówi on: „Należy pamiętać, że ćwiczenia wzmacniają, a nieczynność osłabia ciało”, czyli już wtedy znana była podstawowa zasada, na której opierają

⁹ S. Jandziś, *Rehabilitacja lecznicza w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2010, Nr 4

¹⁰ Strona domowa dra n. med. Marka Krasuskiego, <http://krasuski.com/>, [dostęp z dnia: 9.03.2016]

się metody nowoczesnej rehabilitacji. W tych czasach dokonywano amputacji kończyn według zasad podanych przez Hipokratesa oraz czyniono próby sporządzania protez. Dowodem na to jest drewniana proteza kończyny dolnej wykonana 300 lat p.n.e., która znajduje się obecnie w *Royal College of Surgeons* w Londynie.

Rzymianie, tak jak Grecy, doceniali wartość ruchu jako środka terapeutycznego. Galen zalecał ćwiczenia oporowe z partnerem i ćwiczenia rytmiczne. Calius Aurelianus podaje wskazówki co do prowadzenia ćwiczeń biernych w przypadkach porażen. Wynika z tego, że leczenie usprawniające już w czasach starożytnych zajmowało znaczące miejsce w medycynie jako najbardziej fizjologiczny środek profilaktyczny i terapeutyczny.

W czasach średniowiecznych, w których potępiano kult ciała, a hołdowano umartwianiu się, nie rozwijano działalności na rzecz osób niepełnosprawnych i kalekich, uznając, że wszelkie zniekształcenia ciała są karą niebios za grzechy własne lub przodków. Mimo to w imię chrześcijańskiej miłości bliźniego właśnie wtedy powstają przy kościołach zakłady dla chorych, kalek i starców. Gdy w XIII w. wynaleziono proch i wprowadzono do walki działa armatnie, znacznie zwiększyła się liczba rannych. Zmusiło to ówczesnych do leczenia rannych i kalekich żołnierzy, aby mogli oni wrócić do walki. Odtąd wojna i jej skutki stanowiły najsilniejszy bodziec rozwoju chirurgii i rehabilitacji.

We Francji w XVI w. nowe zdobycze do medycyny, a także i rehabilitacji, wnosi cyrulik Ambroży Pare, chirurg armii francuskiej, który jako pierwszy zastosował podwiązanie krwawiących naczyń przy amputacjach. Również jako pierwszy po dokonaniu amputacji stosował u chorego rehabilitację, zaopatrywał go w drewnianą protezę i zwalniał do domu dopiero wtedy, gdy chory chodził na protezie. Pare jest twórcą pierwszych metalowych protez i aparatów ortopedycznych, metalowych gorsetów dla osób z wadami kręgosłupa, szyn unieruchamiających kończyny i ułatwiających chodzenie oraz różnego typu obuwia dla zniekształconych stóp. Uważa się, że działalność Ambrożego Parego stanowiła zapowiedź narodzin nauk społecznych i szeroko pojętej rehabilitacji. Na początku XVII w. w Anglii i we Francji udzielanie jałmużny i pomocy ubogim weszło w zakres działania władz publicznych. Zagadnieniem pomocy społecznej obciążono państwo, a inwalidztwo zostało dokładnie określone w oficjalnych dokumentach. W 1633 r. Wincenty z Paulo zakłada z pomocą Stowarzyszenia Pań Miłosierdzia zakład dla dzieci kalekich, który stał się pierwszym tego rodzaju zakładem leczniczo-wychowawczym. We Francji, sto lat później, w 1741 r., Nicolas Andry z Lyonu wydaje książkę pt. *Ortopedia* (z połączenia dwóch greckich słów: *orthos* – „prosty” oraz *paidios* – „dziecko”). Przez połączenie tych dwóch słów Andry określał działanie, mające na celu stosowanie różnych sposobów zapobiegania oraz leczenia ułomności u dzieci. Nicolasa Andry’ego uznaje się za ojca ortopedii.

W XVI i XVII w. zaczęto w Europie doceniać wartość gimnastyki. Anglik Francis Glisson (1599–1677) propaguje ćwiczenia w leczeniu zniekształceń klatki

piersiowej i kręgosłupa. Wprowadza pętlę wyciągową za głowę, stosowaną do dzisiaj i zwaną jego imieniem. Nicolas Andry zaleca specjalne ćwiczenia w przypadkach wad postawy, tzw. ćwiczenia antygravitacyjne. W XVIII i XIX w. w wielu krajach wprowadza się w różnych ośrodkach leczniczych ćwiczenia jako środek terapeutyczny.

Za twórcę gimnastyki leczniczej uważa się Szweda, Henryka Linga (1776–1839). System Linga opiera się na ćwiczeniach czynnych, które uważał za podstawowe ćwiczenia kształtujące. Ćwiczenia lecznicze w systemie Linga prowadzone są przez kinezyterapeutę z pełną jego pomocą i współudziałem. On też wyszkolił pierwszych fachowców z zakresu kinezyterapii w Centralnym Instytucie Gimnastyki w Sztokholmie. Inny Szwed, Gustaw Zander (1835–1920), wprowadził ćwiczenia z pomocą specjalnych aparatów i maszyn. Aparaty te są w niektórych uzdrowiskach w Polsce wykorzystywane do dzisiaj.

Leczenie usprawniające w psychiatrii wprowadził w 1798 r. Philippe Pinel. Uznał on, że bodźce w postaci ruchu i ćwiczeń połączonych z pracą lub rozrywką powstrzymują chorych psychicznie od bezsensownego chodzenia, dają zdrowe zmęczenie i ożywczy sen¹¹.

Rehabilitacja w XX wieku

Jak już wcześniej wspomniano, pojęcie „rehabilitacja” zostało oficjalnie określone i wprowadzone po raz pierwszy w 1918 r. przez Douglasa C. McMurtie’ego, dyrektora Instytutu Czerwonego Krzyża dla Inwalidów w Nowym Jorku. Opisał on eksperymentalną szkołę reedukacji i rehabilitacji inwalidów wojennych. Nieco później założono w Nowym Jorku Federalne Biuro Zawodowej Rehabilitacji, które określało rehabilitację jako przywracanie potrzebującym najpełniejszej, jak tylko można, fizycznej, psychicznej, społecznej, zawodowej i ekonomicznej przydatności. Od tego czasu zaczęto używać terminu „rehabilitacja” w dzisiejszym znaczeniu tego słowa.

Pełny i dynamiczny rozwój rehabilitacji na świecie nastąpił po drugiej wojnie światowej. Odtąd obejmuje ona swoim działaniem nie tylko inwalidów wojennych, ale wszystkich chorych i wszystkie osoby niepełnosprawne. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Płn. wszechstronny rozwój rehabilitacji łączy się z rokiem 1947, kiedy to w Szpitalu Bellevue w Nowym Jorku powstaje 80-lóżkowy ośrodek – Wydział Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej pod kierunkiem dra Howarda Ruska. Dzięki dużemu doświadczeniu w rehabilitacji, zdobytemu w czasie wojny, dr H. Rusk nakreśla program rehabilitacji, który opiera się na filozofii zawartej w jego słowach: „[...] *rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty między łóżkiem chorego, a jego warsztatem pracy. Opieramy się raczej na pozostałych zdolnościach chorego, nie jego niezdolnościach i uczymy, jak żyć i pracować przy tym, co mu pozostało [...]*”.

¹¹ J. Kiwerski, *Rehabilitacja medyczna*, Warszawa, PZWL, 2005

Rozwój rehabilitacji w Polsce

W Polsce już Wojciech Oczko (lekarz Stefana Batorego) stosował ogólne zalecenia odnośnie do ruchu, biegów, skoków, jazdy konnej. To Oczko mawiał: „*Ruch jest w stanie zastąpić prawie każdy lek, ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu*”.

Prekursorów rehabilitacji w Polsce było wielu: m.in. w Krakowie w I połowie XIX w. działał ortopeda Ludwik Bierkowski. Jednak na rozwój rehabilitacji w okresie międzywojennym największy wpływ miał ośrodek poznański, gdzie w 1923 r. powstała Klinika Ortopedyczna Uniwersytetu Poznańskiego, a jej kierownik, prof. Ireneusz Wierzejewski (1881–1930), był gorącym zwolennikiem gimnastyki leczniczej.

Twórcą nowoczesnej polskiej rehabilitacji był prof. Wiktor Dega z ośrodka poznańskiego. Za współtwórcę polskiej szkoły rehabilitacji uważany jest także prof. Marian Weiss. Jego szeroka i wielokierunkowa działalność prowadzona w Stołecznym Centrum Rehabilitacji w Konstancinie, zarówno w zakresie teorii, jak i praktyki, przyczyniła się do wypracowania naukowych podstaw nowej specjalności medycznej. Zbudował nowoczesne Centrum, uznane przez WHO za ośrodek dydaktyki międzynarodowej. Weiss wyznawał zasadę kompleksowej rehabilitacji, natomiast wprowadzając nowoczesne metody leczenia oraz organizując oddział ostrych urazów rdzenia kręgowego, kierował się zasadą wczesności rehabilitacji¹².

W Polsce rehabilitacja lecznicza na skalę masową rozwinęła się po II wojnie światowej. W Poznaniu w 1948 r. rozpoczął działalność pierwszy w Europie i drugi w świecie Oddział Usprawniania Leczniczego, kierowany przez dr Janinę Tomaszewską. W pierwszych latach powojennych ogromne zapotrzebowanie na rehabilitację leczniczą wiązało się z dużą liczbą inwalidów wojennych. Z kolei w latach 50. pojawili się inni, głównie młodzi, inwalidzi w wyniku epidemii gruźlicy i choroby Heinego-Medina.

W latach 50. powstała w Polsce rehabilitacja chorych na gruźlicę, której twórcą był prof. Aleksander Nauman. W znacznym stopniu rozwój rehabilitacji leczniczej w naszym kraju wsparła rehabilitacja w chorobach reumatologicznych, rozwijająca się dynamicznie w latach 50. i 60. na skutek starań prof. Eleonory Reicher, a w kolejnych latach prof. Andrzeja Seyfrieda. Polski model rehabilitacji kardiologicznej w latach 60. rozwinęli prof. Zdzisław Askanas i prof. Stanisław Rudnicki. W latach 70. powstała rehabilitacja neurologiczna, w rozwój której wielkie zasługi wniósł wybitny neurofizjolog, prof. Jerzy Konorski oraz prof. Stanisław Grochmal.

¹² B. Przeździak, *Historia rehabilitacji na świecie i w Polsce*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. A. Kwolek, Wrocław, Elsevier, Urban & Partner, 2012, t. I; A. Kwolek, *Największe osiągnięcia rehabilitacji polskiej*, [w:] *Rehabilitacja polska 1945–2009*, red. J. Kiwerski, A. Kwolek, Z. Sliwiński, M. Woźniewski, Wrocław, Ossolineum, 2009

Do największych sukcesów w rozwoju rehabilitacji w okresie przed transformacją ustrojową należy zaliczyć stworzenie systemu zwanego Polską Szkołą Rehabilitacji. Ukształtowała się ona w latach 50. i 60. XX w.¹³. Koncepcja polskiej szkoły rehabilitacji stanowiła złożony proces medyczno-społeczny, realizujący zasadę leczenia człowieka, a nie jego choroby. Polską metodę rehabilitacji charakteryzowało wczesne rozpoczęcie rehabilitacji, często jeszcze w trakcie leczenia podstawowego, kompleksowe i ciągłe działania rehabilitacyjne oraz jej powszechne stosowanie. W koncepcji polskiej szkoły rehabilitacji szeroko stosowano ruch, jako podstawową metodę leczenia. Często zapożyczano metody treningu sportowego w procesie usprawniania i spowodowało to rozwój sportu inwalidów. Głównym celem sportu inwalidów w omawianym okresie było kontynuowanie procesu rehabilitacji. Charakteryzował się on trzema zasadniczymi cechami: był dostosowany do indywidualnych potrzeb ćwiczących, bezpieczny i powszechny. W 1970 r. prof. W. Dega przedstawił założenia polskiej koncepcji kompleksowej rehabilitacji. WHO uznała trafność polskiej koncepcji rehabilitacji, zaakceptowała ją i poleciła jako godną naśladowania w innych krajach.

Wiktor Dega mówił: *„Jeżeli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją społeczną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny. Dla prawidłowego rozwiązywania problemów społecznych w każdym nowoczesnym kraju konieczny jest więc rozwój rehabilitacji kompleksowej”*.

Aktualne zasady finansowania rehabilitacji w Polsce

Według WHO rehabilitacja to kompleksowe i zespołowe 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 społecznym¹⁴. Na kompleksową rehabilitację składa się rehabilitacja: lecznicza, społeczna i zawodowa.

W okresie transformacji ustrojowej w Polsce rozdzielono rehabilitację leczniczą, która pozostała w gestii Ministerstwa Zdrowia, od rehabilitacji społecznej i zawodowej. Dopiero w 1991 r. powstała pierwsza ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Obecnie w Polsce rehabilitacja lecznicza jest realizowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

NFZ finansuje rehabilitację leczniczą zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obejmuje ona rehabilitację

¹³ K. Komisarek, <http://www.kinezis.eu/>, [dostęp z dnia: 9.03.2016]

¹⁴ A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Rehabilitacja w systemie zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych*, „Studia BAS” 2015, Nr 2(42)

lecniczą, programy zdrowotne i lecznictwo uzdrowiskowe. Na rehabilitację leczniczą w 2013 r. NFZ wydatkował 2 076 920 470 zł¹⁵.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych finansuje rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej osób zagrożonych długotrwałą niezdolnością do pracy, rokujących powrót do niej. Rehabilitacja w ramach prewencji rentowej ZUS obejmuje osoby ze schorzeniami układu krążenia, narządu ruchu, układu oddechowego, schorzeniami onkologicznymi i psychosomatycznymi oraz schorzeniami z zakresu foniatrii. Koszty rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2013 r. wynosiły 163 382 100 zł. Rocznie ponad 70 tys. osób jest poddawanych rehabilitacji przez ZUS¹⁶.

Podobnie KRUS prowadzi rehabilitację leczniczą dla osób zagrożonych niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym oraz okresowo niezdolnych do pracy w celu minimalizacji tej niezdolności. Każdego roku z rehabilitacji leczniczej KRUS korzysta około 14 tys. osób¹⁷.

Rehabilitację społeczną i zawodową finansuje głównie Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). W 2013 r. na rehabilitację zawodową i społeczną wydatkował 4,9 miliarda zł. Rehabilitacja społeczna (w myśl ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym. Natomiast celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego, głównie przez odpowiednie poradnictwo i szkolenia zawodowe oraz pośrednictwo pracy¹⁸.

Od 1996 r. ZUS również prowadzi działania w zakresie rehabilitacji zawodowej poprzez wprowadzenie nowego świadczenia – renty szkoleniowej. Od 2005 r. również w KRUS-ie istnieje możliwość przyznania rolnikom renty szkoleniowej. Ma ona na celu umożliwienie przekwalifikowania zawodowego osobom ubezpieczonym, które utraciły zdolność do pracy zarobkowej w wyuczonym zawodzie.

Podsumowanie

Odpowiednio wcześniej wdrożona rehabilitacja prowadzi nie tylko do poprawy stanu zdrowia i osiągnięcia właściwych efektów funkcjonalnych, ale także obniża koszty leczenia, zmniejsza stopień niepełnosprawności oraz poprawia jakość życia.

Rehabilitacja nie musi być droga. Dowodzą tego przedstawione w Światowym Raporcie o Niepełnosprawności przykłady narodowych programów

¹⁵ *Informacja dotycząca rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej. Materiały przedstawione Sejmowej Komisji Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2014*

¹⁶ *ZUS: Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2013, Warszawa, 2014*

¹⁷ *KRUS: Informacje podstawowe, Warszawa, 2013*

¹⁸ *PFRON: Sprawozdanie z realizacji planu rzeczowo-finansowego z działalności PFRON w 2013 roku, Warszawa, 2014*

rehabilitacyjnych mających poprawić dostęp do rehabilitacji. Programy te powinny być oparte na dokładnej analizie aktualnej sytuacji, rozważać takie aspekty świadczenia rehabilitacyjnego, jak: kierowanie, finansowanie, informacja, świadczenie usług rehabilitacyjnych, produkty i technologie oraz zasoby ludzkie, czyli liczbę pracowników rehabilitacji. Ponadto program narodowy musi określić priorytety w oparciu o lokalne zapotrzebowanie. Udana wdrożenie planu zależy od stworzenia mechanizmów współpracy międzysektorowej, np. rehabilitacja międzysektorowa może być prowadzona przez pracowników ochrony zdrowia, przy współpracy specjalistów w dziedzinie edukacji, zatrudnienia, pomocy społecznej.

W Polsce już w latach 70. ubiegłego wieku wszystkie te elementy rehabilitacji, zwanej tutaj międzysektorową, uwzględniał program kompleksowej rehabilitacji według Polskiej Szkoły Rehabilitacji, do której założeń i ustaleń należy wrócić, planując dalszy rozwój i dostępność rehabilitacji w Polsce.

Bibliografia

- Biała księga medycyny fizycznej i rehabilitacji w Europie*, tłum. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji, 2013, <http://www.ptreh.com/upload/file/ksiega.pdf>, [dostęp z dnia: 9.03.2016]
- Dyckik W., *Pedagogika specjalna*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, 1997
- GUS: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, Warszawa, 2011. *Projekt globalnego planu działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021: Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2014, Nr IV(13) <http://krasuski.com/>, [dostęp z dnia: 9.03.2016]
- Informacja dotycząca rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej. Materiały przedstawione Sejmowej Komisji Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia*, Warszawa, 2014
- Jandziś S., *Rehabilitacja lecznicza w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej*, „Przeegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2010, Nr 4
- Kiwerski J., *Rehabilitacja medyczna*, Warszawa, PZWL, 2005
- Komisarek K., <http://www.kinezis.eu/>, [dostęp z dnia: 9.03.2016]
- Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 2012 r., poz. 1169
- KRUS: *Informacje podstawowe*, Warszawa, 2013
- Kwolek A., *Największe osiągnięcia rehabilitacji polskiej*, [w:] *Rehabilitacja polska 1945–2009*, red. Kiwerski J., Kwolek A., Śliwiński Z., Woźniewski M., Wrocław, Ossolineum, 2009
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, WHO, CSIOZ, Warszawa, 2012
- PFRON: *Sprawozdanie z realizacji planu rzeczowo-finansowego z działalności PFRON w 2013 roku*, Warszawa, 2014

- Powszechna deklaracja praw człowieka, <http://www.unesco.pl>, [dostęp z dnia: 9.03.2016]
- Przeździak B., *Historia rehabilitacji na świecie i w Polsce*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. Kwolek A., Wrocław, Elsevier, Urban & Partner, 2012, t. I
- Światowy raport o niepełnosprawności, WHO, 2011, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2014, Nr I(10)
- Uchwała Sejmu z 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych, MP 1982, nr 22, poz. 188
- Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu niepełnosprawnych, Dz. U. nr 123, poz. 776
- Wilmowska-Pietruszyńska A., *Rehabilitacja w systemie zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych*, „Studia BAS” 2015, Nr 2(42)
- ZUS: *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2013*, Warszawa, 2014