

ABSTRACT

The paper investigates the assimilation of Poles in the Netherlands according to the model proposed by Milton Gordon and his division of assimilation into acculturation, structural assimilation, amalgamation, identity assimilation and civic assimilation. It examines two groups of immigrants: well-educated and active members of Polish organizations, and diversified groups of the parishioners of the Polish church in Holland. The results of the research show that these two groups represent totally different approaches to their residence in the Netherlands.

NIEPEŁNOSPRAWNI W SPOŁECZEŃSTWIE

Rok 1981 poświęcony był przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i Międzynarodowe Towarzystwo Rehabilitacji – pod hasłem: „równość i integracja” – osobom niepełnosprawnym. Był to przełom w skali światowej w odniesieniu do działań na rzecz tych osób. Dekada 1982-1992 była przeznaczona na opracowanie wytycznych polityki wobec ludzi niepełnosprawnych. Wszystkie kraje przyjęły „Kartę 80” – WHO, zawierającą program działań. Wynikiem tych opracowań jest m.in. Zalecenie Nr R /92/ 6 Komitetu Ministrów dla krajów członkowskich Rady Europy, dotyczące wspólnej polityki wobec ludzi niepełnosprawnych, w którym uwzględniono podstawy i zasady polskiego modelu rehabilitacji. W Polsce w 1993 r., opierając się na tym zaleceniu, opracowano Rządowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych i Ich Integracji ze Społeczeństwem (program inspirowany przez poznańskiego uczonego Wiktora Dege). Na tych formalnych podstawach wykształcił się polski system rehabilitacji kompleksowej.

W 1999 r. powstało Europejskie Forum Niepełnosprawnych (*European Disability Forum – EDF*¹) z inicjatywami legislacyjnymi na rzecz osób niepełnosprawnych, a 3 grudnia 2001 r. proklamowano jako Europejski Dzień Osób Niepełnosprawnych (odtąd obchodzony corocznie). W grudniu 2001 r. Rada Unii Europejskiej ogłosiła rok 2003 Europejskim Rokiem Osób Niepełnosprawnych. Dla wypracowania wspólnych ram programowych w marcu 2002 r. w Madrycie odbył się Europejski Kongres Osób Niepełnosprawnych, na którym proklamowano Deklarację Madrycką². Punktem wyjścia stała się analiza sytuacji osób niepełnosprawnych w Unii Europejskiej. Jak stwierdzono bardzo często są one dyskryminowane i doświadczają społecznego wykluczenia i ubóstwa. W przedstawionej wizji osoby niepełnosprawne nie są jedynie pacjentami i obiektami miłosierdzia, ale niezależnymi obywatelami w pełni zintegrowanymi ze społeczeństwem. Dla osiągnięcia tego wszyscy – zarówno władze na szczeblu krajowym i lokalnym, jak i organizacje pozarządowe, służby społeczne, media, nauczyciele, rodzice wolontariusze i sami zainteresowani – powinni włączyć się do działań i odegrać rolę, jaką im wyznacza program tej deklaracji.

¹ European Disability Forum >> Forum Européen des Personnes Handicapées square Ambiorix, 32 Box 2/a – B-1000 Brussels, www.edf-feph.org.

² The Madrid Declaration *Non Discrimination Plus Positive Action Results In Social Inclusion*, e: MADRID_DECLARATON_EN-final.pdf.

Również w Polsce, mimo narastających trudności w zakresie dostępu ludności do rehabilitacji, zwłaszcza wczesnej leczniczej, odnotować można pozytywny wzrost społecznego zrozumienia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Powstają stowarzyszenia, fundacje, organizują się grupy samopomocowe samych niepełnosprawnych i ich rodzin. Polscy niepełnosprawni sportowcy zdobywają medale na kolejnych Igrzyskach Paraolimpijskich. Lokalne imprezy sportowe mają coraz więcej kibiców (lecz niestety coraz mniej sponsorów). Coraz częściej można zobaczyć na ulicach osoby z różnymi niepełnosprawnościami, na dowód, że nie chowają się już przed społeczeństwem, choć nadal zdarzają się sytuacje ujawniania w różnych środowiskach osób niepełnosprawnych, trzymających się dotychczas w ukryciu, a w szkołach integracyjnych (niestety bardzo nielicznych) można np. usłyszeć: „nie życzę sobie, aby moje dziecko siedziało z garbatym w jednej ławce”. Aby wnikać głębiej w istotę niepełnosprawności i rehabilitacji warto na początek ustalić pewne podstawowe pojęcia.

ISTOTA REHABILITACJI

„Zrodziła ją potrzeba. Ojcem było nieszczęście ludzkie. Żyzną glebą dla jej rozwoju były myśli i czyn społeczny, a *spiritus movens* – serce i rozum ludzki”. Ten lapidarnie naszkicowany rodowód rehabilitacji wskazuje na jej swoisty społeczny i także humanitarny charakter³. Nim wejdziemy w sedno rehabilitacji, należy przyrzeć się wpieryw pojęciu zdrowia. Według WHO: „zdrowie to stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby”. Na tym tle dopiero można określić osobę niepełnosprawną jako osobę z „naruszoną sprawnością funkcjonalną lub aktywnością życiową, w stopniu utrudniającym pełnienie właściwych ról społecznych”. W definicji tej wyróżnić należy trzy elementy:

- naruszenie sprawności funkcjonalnej, co mieści się głównie w sferze psychofizycznej,
- naruszenia aktywności życiowej – obszar psychospołeczny,
- rola społeczna jednostki – udział w życiu społecznym.

Uwagę zwraca podmiotowy charakter tej definicji, co od razu ukierunkowuje charakter działania na rzecz osób niepełnosprawnych, czyli na rehabilitację. Same miano rehabilitacja wywodzi się od łac. *habere* = mieć (pochodne: *habilis* – zdatny, zręczny, *habilitas* – zdatność, przydatność, *habitus* – zespół charakterystycznych właściwości składających się na sposób zachowania). Przedrostek *re* = znów, na nowo – wskazuje na ukierunkowanie działania na przywrócenie „znów”, „na nowo” – „przydatności”, „zręczności”, „sprawności”, „zdatności”.

Termin rehabilitacja wprowadzony został w 1918 r. przez Douglasa C. Mc Murtie'go, dyrektora Instytutu dla Inwalidów Czerwonego Krzyża w Nowym Jorku. W tym okresie w tym mieście powołano Federalne Biuro Zawodowej Rehabilitacji i zdefiniowano rehabilitację jako „przywracanie potrzebującym najpełniejszej, jak można, fizycznej, psychicznej, społecznej, zawodowej i ekonomicznej przydatności”.

³ A. Kabsch, *Miejsce rehabilitacji ruchowej w kulturze fizycznej*, I Kongres Naukowy Kult. Fiz., Materiały i Dokumenty. GKKFiT, Warszawa 1981, s. 547-558.

W 1947 r. w Nowym Jorku powstał pierwszy łóżkowy ośrodek *Department of Rehabilitation and Physical Medicine*, pod kierunkiem prof. dra Howarda Ruska⁴. Jego filozofia rehabilitacji wyrażała się w następujących stwierdzeniach: „rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty między łóżkiem chorego a jego warsztatem pracy. Opieramy się raczej na pozostałych zdolnościach chorego, a nie jego niezdolnościach i uczymy jak żyć i pracować przy tym co mu pozostało”. Dziś pojmujemy znacznie szerzej rehabilitację. Rozpoczynamy ją już w momencie wykrycia jakichkolwiek dysfunkcji danej osoby i rozszerzamy rehabilitację o profilaktykę rehabilitacyjną. Natomiast – co należy szczególnie podkreślić – druga część poglądu Ruska na rehabilitację niczego nie straciła ze swej aktualności.

REHABILITACJA JAKO PROCES

Twórca polskiej szkoły rehabilitacji Wiktor Dega tak definiował rehabilitację: „Rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym, który dąży do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia w poczuciu użyteczności społecznej i bezpieczeństwa społecznego oraz zadowolenia”. W dokumentach Unii Europejskiej rehabilitacja definiowana jest jako „proces, którego celem jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym osiągnięcia i utrzymywania optymalnego poziomu funkcjonowania fizycznego, narządów zmysłów, intelektualnego, psychicznego i/lub społecznego, między innymi poprzez dostarczenie urządzeń umożliwiających im większą niezależność. Rehabilitacja może obejmować działania zmierzające do odtworzenia i/lub przywrócenia funkcji, kompensacji ograniczenia funkcjonalnego, utraty lub braku funkcji”⁵.

W definicjach tych podkreśla się nie tylko cel, lecz może przede wszystkim zwraca się uwagę na to, iż rehabilitacja jest procesem. Z przytoczonych definicji widać wyraźnie, że jest to działanie ukierunkowane na Osobę Człowieka – jako podmiot, obejmujące go całościowo. Zatem: jest to bardzo złożony proces. Godne zapamiętania: rehabilituje się Człowieka, a nie jego ciało, tym bardziej – nie rehabilituje się – części jego ciała (!) („rehabilitacja nogi, ręki, kręgosłupa, serca...” jest żargonem i dotyczy nie procesu rehabilitacji lecz zabiegów usprawniających funkcje danej części/narządu ciała). Ukoronowaniem procesu rehabilitacji jest rehabilitacja integracyjna, tzn. działania optymalizujące przystosowanie osoby niepełnosprawnej do życia w danej społeczności. Program działań jest różny:

– u dzieci i młodzieży dąży się do integracji społecznej poprzez: wychowanie, kształcenie ogólne i kształcenie zawodowe,

– u dorosłych zmierza się do reintegracji społecznej poprzez: rehabilitację środowiskową i zawodową.

REHABILITACJA JAKO SYSTEM

Rehabilitacja jest jednak nie tylko procesem. Aby był on skuteczny, czy wręcz możliwy do praktycznego i konkretnego zastosowania, winien być ujęty w jakiś system. Z punktu widzenia organizacyjnego, rehabilitacja wykracza bowiem poza

⁴ Ekspert WHO ds. rehabilitacji.

⁵ Komunikat Komisji Europejskiej z 30 lipca 1996 r. w sprawie równych szans osób niepełnosprawnych – Nowa strategia Wspólnoty Europejskiej w odniesieniu do osób niepełnosprawnych oraz Uchwała Rady z 20 grudnia 1996 r. w sprawie równych szans dla osób niepełnosprawnych.

proces – *ad personam /individuum* i staje się systemem. Warto więc przyrzeć się rehabilitacji od tej strony. „Współcześnie przez rehabilitację należy rozumieć kompleksowe działanie państwa i społeczeństwa, a zwłaszcza służb ochrony zdrowia, opieki społecznej, nauki, oświaty i kultury oraz organizacji politycznych, samorządowych i społecznych, lub osób prywatnych zmierzające do zachowania lub przywrócenia normalnych ról społecznych osobom okresowo lub stale niepełnosprawnym psychofizycznie”⁶. Zatem rehabilitacja jest złożonym systemem. Krajowe systemy rehabilitacji różnią się i są bardziej lub mniej złożone w zależności od danego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej. System rehabilitacji winien być ukierunkowany na zaspokojenie zaistniałych potrzeb rehabilitacyjnych.

Potrzeby rehabilitacyjne powstają w momencie zaistnienia pewnych dysfunkcji niepełnosprawności. Jest to złożone pojęcie obejmujące zarówno podstawowe życiowe potrzeby dnia codziennego, jak i wszelkie potrzeby – fizyczne, psychiczne, intelektualne, kulturowe, społeczne itp.

Bariery rehabilitacji – są formalnym pojęciem *WHO*, przez które rozumie się czynniki zewnętrzne powodujące utrudnienia lub ograniczenia procesu rehabilitacji, np.: bariery społeczne, zawodowe, kulturowe, architektoniczne, urbanistyczne i komunikacyjne, także legislacyjne. Na te ostatnie należy obecnie zwrócić szczególną uwagę.

SKALA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Z różnych przyczyn drastycznie wzrasta liczba osób niepełnosprawnych. Wymowa liczb jest wręcz dramatyczna. Według *WHO* na świecie w ostatnich 30 latach liczba osób niepełnosprawnych zwiększyła się z 12% do 18%. W Unii Europejskiej w 2001 r. szacowano liczbę osób niepełnosprawnych na około 38 milionów, tzn. że jeden na 10 Europejczyków (w populacji generalnej) był niepełnosprawny. W Polsce progresja jest wysoce niepokojąca: w 1978 r. – co czternasty obywatel był niepełnosprawny, w 1988 r. – co dziesiąty, a w 2002 r. już co siódmy⁷. W informacyjnych materiałach akcesyjnych UE (2003) tak scharakteryzowano rozmiar niepełnosprawności w Polsce: „12-15% obywateli Polski jest niepełnosprawnych, w tym 72% mężczyzn i 50% niepełnosprawnych kobiet jest w wieku produkcyjnym. Tylko 3,7% ON [osób niepełnosprawnych] ma wykształcenie wyższe, aż 16,8% osób niepełnosprawnych jest bez pracy – co stanowi 4,6% bezrobotnych”. Uwagę zwraca odniesienie w tym dokumencie do zatrudnienia i wykształcenia osób z niepełnosprawnościami, są to bowiem unijne priorytety społeczne.

W świetle tych konstatacji rodzi się pytanie: co przyniesie przyszłość i jakie wymagania stawia rehabilitacji? Należy stwierdzić, że zasady rehabilitacji – niezależnie od wymagań – nie zmieniają się, zmianom ulegają natomiast potrzeby rehabilitacyjne, które mogą być tak różne jaką tylko różnorodną indywidualnością może być człowiek, wymagający pomocy rehabilitacyjnej, z poszanowaniem jego godności. A przyszłość – to postęp wiedzy, przeobrażenia demograficzne i społeczne XXI w., które stają się szczególnym wyzwaniem dla systemu rehabilitacji kompleksowej.

⁶ A. Kabsch, *op. cit.*, s. 547-558.

⁷ Główny Urząd Statystyczny, *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002, Część I Osoby Niepełnosprawne*. Warszawa, październik 2003.

PRZYSZŁOŚCIOWE WYZNACZNIKI POTRZEB REHABILITACJI

Ze względu na rozmiary i rozległość problematyki⁸ rzecz będzie rozpatrywana wybiórczo i skrótowo. Uwaga zostanie zwrócona na wybrane dziedziny nauk oraz zjawisk społecznych, których dalszy rozwój będzie miał w krótkiej perspektywie czasowej wpływ na powstawanie nowych potrzeb rehabilitacyjnych.

Nowa wiedza kształtująca medycynę XXI w.

Biologia molekularna – ujawniająca m.in. mechanizmy regulacji np.: przewodnictwa impulsów nerwowych, działania hormonów, funkcjonowania błon komórkowych, kurczliwości mięśni, molekularny mechanizm różnych form zmian plastycznych ośrodkowego układu nerwowego (*OUN*) – daje podstawy do bardziej precyzyjnych analiz funkcji i ich zaburzeń, a tym samym poszerza możliwości diagnostyczne i terapeutyczne oraz zmienia perspektywy rehabilitacji.

Neurobiologia – dostarcza coraz więcej danych o mechanizmach plastyczności mózgu. Zmiany plastyczne, takie jak uczenie się i pamięć kształtują tożsamość organizmu, a zmiany takie jak reorganizacja funkcji *OUN* w odpowiedzi na czynnik zakłócający (np. uraz, wylew itp.) leżą u podstaw kompensacji zaburzonych funkcji w *OUN*. Odkrywanie tych mechanizmów zmian plastycznych odgrywa podstawową rolę w identyfikacji zmian patologicznych i w poszukiwaniu skutecznej rehabilitacji. Podobnie, wykrycie komórek macierzystych neuronów stwarza nowe perspektywy terapeutyczne *OUN*, a zarazem nowe potrzeby rehabilitacyjne.

Genetyka, zwłaszcza genomika i chromosomologia dają podstawy cytogenetyki klinicznej, anatomii patologicznej ludzkiego genomu, co otwiera zupełnie nowe perspektywy i postęp w leczeniu genetycznym. Otwieranie tego nieznanego zmusza do wyostrenia wyobraźni, która podpowiada zapotrzebowanie na nowe techniki i procedury rehabilitacji.

Immunologia – niesie olbrzymi postęp w badaniach mechanizmów biorących udział w reakcjach odpornościowo-obronnych ustroju i układu zgodności tkankowej *HLA* (układ antygenowy), co daje podstawy między innymi przyspieszonego rozwoju transplantologii – tkanek i narządów. Postępujący rozwój transplantologii, ratujący życie lub przywracający podstawowe funkcje narządów i układów organizmu, rodzi nowe zapotrzebowanie na indywidualną, wysoko specjalistyczną rehabilitację.

Zdobycze wiedzy będące udziałem tych biomedycznych dziedzin naukowych otwierają nowe, nie do końca przewidywalne perspektywy diagnostyczne i terapeutyczne, a tym samym zdeterminują powstawanie nowych potrzeby rehabilitacyjnych, które z wyprzedzeniem trzeba będzie zdefiniować i oszacować.

Rozwój nauk technicznych i postępy diagnostyczne

Postęp nauk technicznych, zwłaszcza informatyki pozwolił na budowę nowych generacji urządzeń do diagnozowania struktur i funkcji organizmu człowieka. Są to techniki tzw. obrazowania: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny i ultrasonografia. Pozwalają one (w uproszczeniu) na oglądanie z wszystkich stron danego (ukrytego często głęboko, np. wewnątrz mózgu, serca) elementu ciała człowieka,

⁸ A. Kabsch, *Potrzeby rehabilitacji w przewidywalnej przyszłości*, w: *Ergonomia niepełnosprawnym w przyszłości*. Wyd. Polit. Łódźka, 2003, Monografie, s. 240-250.

a odpowiednie powiększenie i różnicowanie struktur zapewnia wnikliwą ocenę ewentualnych zmian patologicznych. Uzyskany milowy skok diagnostyczny umożliwia zupełnie nowe szczegółowe rozpoznawanie zmian chorobowych i tym samym rozszerzenie możliwości leczniczych. Zwiększa się w ten sposób istotnie zakres leczenia zachowawczego, a zwłaszcza chirurgicznego, m.in. interwencji chirurgicznych już w życiu płodowym. Tym samym zwiększają się rzeczywiste zapotrzebowania na wysoko wyspecjalizowaną rehabilitację kompleksową osób poddanych takim zabiegom chirurgicznym.

Na horyzoncie jawi się nowa, nie do końca jeszcze zdefiniowana, perspektywa diagnozowania i leczenia dzięki nanotechnologii, która z nowych, burzliwie rozwijających się idei teoretycznych (poziom atomu, stany kwantowe) zaczyna wkraczać w nowe technologie. Śledząc obecny, przyspieszony postęp tej dziedziny nauki trzeba przewidywać, że nie minie jedno pokolenie, a mikroroboty będą z powodzeniem penetrowały „zakamarki” ludzkiego ciała i wspomagały nowe pokolenie chirurgów naczyniowych, kardiologicznych i neurochirurgów. Ich dziełem będą odratowani ludzie, którzy jednak będą zarazem wymagali wczesnej, wysoko wyspecjalizowanej rehabilitacji. Trzeba tu wieloaspektowych przewidywań i przygotowania się do nowych potrzeb rehabilitacyjnych, tym samym do modyfikacji wielu procedur postępowania rehabilitacyjnego.

Rozwój nauk technicznych i postępy diagnostyczne otwierają nowe – nie do końca przewidywalne – perspektywy postępowania profilaktycznego, leczniczego i zarazem powstawania potrzeb rehabilitacyjnych. Pogłębiają się nowe obszary życia społecznego, które istotnie zwiększają skalę potrzeb rehabilitacyjnych. Są to:

Zmiany demograficzne i przeobrażenia obyczajowe

Starzenie się ludności – demografowie alarmują, ukazując zatrważającą progresję starzenia się populacji generalnej świata. Już jest ponad 600 mln osób po 60. roku życia (60+). W Polsce około 15% ludności (~5,7 mln) przekroczyło 60 rok życia, z tego około 35% (~2 mln) to osoby niepełnosprawne. Szacuje się, że do 2020 r. nastąpi dalszy znaczący przyrost populacji osób starszych, w tym o dalsze 2 miliony osób niepełnosprawnych. Rośnie też liczba samotnych osób zdanych na własne siły. Już teraz co czwarta osoba po 80+ wymaga stałej opieki. Powoduje to narastanie, ukierunkowanych na geriatrię potrzeb rehabilitacyjnych. Procesy starzenia się organizmu sprzyjają powstawaniu pierwotnej niepełnosprawności inwolucyjnej oraz wzmożonej zachorowalności na różne choroby, które przyspieszają i pogłębiają wtórną niepełnosprawność inwolucyjną⁹. Dla rehabilitacji szczególne znaczenie ma identyfikacja strukturalnych i funkcjonalnych zmian w procesie starzenia się organizmu jako czynnika ryzyka niepełnosprawności. Rodzi to także nowe potrzeby rehabilitacyjne. Wśród zmian inwolucyjnych na szczególną uwagę zasługują:

– Strukturalne zmiany kości, stawów i ich skutki. Towarzysząca starzeniu się mała aktywność ruchowa sprzyja mechanicznemu osłabieniu kości i znacznie zwiększa podatność na złamania, a także sprzyja rozwojowi osteoporozy starczej, która dodatkowo pogłębia ryzyko złamań. Brak ruchu zubaża smarowanie stawu i przyspiesza zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające stawów, co jeszcze bardziej ogranicza i tak już niską aktywność ruchową.

⁹ A. Kabsch, *Niepełnosprawność jako wynik procesów starzenia*, w: „Ergonomia” t. 23, nr 1-2, s. 57-77.

– Strukturalne zmiany mięśni – spadek masy mięśniowej. W szóstej dekadzie życia spadek masy mięśni wynosi ok. 10% w stosunku do masy w 25 r.ż. (czyli około 45% całkowitej masy ciała), a w dziewiątej spadek masy mięśni wynosi już ok. 30%. Niesie to określone konsekwencje i upośledzenie przemian energetycznych w mięśniach, ograniczające ich wydolność.

– Zaburzenia w utrzymywanie wyprostnej postawy ciała i utrzymywaniu równowagi. Zachowywanie zrównoważonej postawy ciała (*postural steadiness* – PS) jest indywidualną cechą osobniczą. Pogarszanie się zdolności PS występuje już po 65 r.ż., z wyraźnym nasileniem po 75 r.ż.¹⁰. Warto zwrócić uwagę na to, że istotne pogorszenie tych stanów następuje po lekach uspokajających i psychotropowych (tak często nadużywanych u starszych osób), co powoduje wzrost ryzyka upadków z groźnymi następstwami.

– Upadki i śmiertelność po upadkach. Należy zdać sobie z tego sprawę, że częstotliwość upadków wzrasta w ogóle z wiekiem (bardziej u kobiet), a urazy spowodowane upadkami osób starszych są główną przyczyną ich śmiertelności, do około 20% (u 1/3 kobiet i 1/5 mężczyzn). Podkreślenia wymaga fakt, że czynnikiem zwiększającym śmiertelność po upadkach jest czas leżenia i samotnego oczekiwania na pomoc. Dlatego osoby z grupy ryzyka należy monitorować, choćby przez zachęcanie ich do stałego noszenia telefonu, także w mieszkaniu (kieszon z telefonem).

– Niepełnosprawność jako następstwo upadku. Upadek w 25% przypadków powoduje natychmiastowe ograniczenie aktywności osób starszych, z obawy przed następnym upadkiem. Nawet brak powikłań fizycznych może prowadzić w takich wypadkach do głębokich urazów psychicznych: utraty zaufania do siebie, poczucie bezradności i zagubienia i narastającą niepełnosprawność. Zwiększanie się liczby osób starszych w takich stanach pociąga za sobą znaczny wzrost potrzeb rehabilitacyjnych.

– Zaburzenia psychiczne – ryzyko niepełnosprawność u osób starszych. Zaburzenia psychiczne są ważną przyczyną niepełnosprawności¹¹. Osoby stare szybciej pogłębiają niepełnosprawność, gdy znajdują się w domach opieki, z mniejszym ryzykiem depresji w przeciwieństwie do osób żyjących samotnie. Według badań prospektywnych na podstawie analiz demograficznych prognozuje się, że w 2016 r. liczba osób z demencją podwoi się, a większość populacji generalnej będzie w wieku starczym. Będzie wymagała wysokiego standardu obsługi.

– Osteoporoza (głównie po menopauzie) – to jedno z głównych zagrożeń dla zdrowia z ryzykiem złamań kości. Należy uwzględnić również wtórną osteoporozę polekową (sterydy).

– Alergie – występujące już u małych dzieci, z częstymi, ciężkimi powikłaniami (astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc). W USA zachorowalność na różnego rodzaju schorzenia alergiczne wzrosła z poziomu 3,1% w 1980 r. do 5,4% w 1990 r. W Europie Wschodniej od 2-3%, gdy np. w Wielkiej Brytanii, Australii i Nowej Zelandii aż 20%. Pociąga to za sobą wzrost liczby wskazań do profilaktyki rehabilitacyjnej (kontrolowanej aktywności fizycznej) oraz rehabilitacji leczniczej

¹⁰ N. Benjuya, I. Melzer, *Dual-Task Assessment of Postural Control in Elderly*. W: *The Problem of Muscular Synergism*. Ed. Stefan Kornecki, Studies and Monographs No. 55, Acad. of Phys. Educ., Wrocław 1998, s. 121-122.

¹¹ R.C. Bland, *Psychiatry and the burden of mental illness*, w: *Can. J. Psychiatry*, 43(8) /1998, s. 801-810.

– Cukrzyca – dotyka najczęściej osób między 20-79 r.ż., nie omija małych dzieci. W Polsce choruje na nią już 5-6% populacji generalnej, tj. około 2 mln osób. Cukrzyca coraz częściej występuje w połączeniu z nadwagą i otyłością oraz nadciśnieniem. Międzynarodowa Federacja Cukrzycy alarmuje, aby wdrażać Krajowe Programy – Profilaktyki Rehabilitacyjnej – Rehabilitacji Kompleksowej osób z zaawansowaną cukrzycą.

– Przewlekła niewydolność żylna – rozpoznana jest o u 47% kobiet oraz u 38% mężczyzn w populacji osób dorosłych. Polsce możemy uznać ją za chorobę społeczną¹². W tym obszarze wzrastają wskazania do szerokiej profilaktyki rehabilitacyjnej.

– Udary mózgu – rocznie w Polsce rejestruje się około 60 tys. nowych zachorowań. Współczynniki zapadalności na udar mózgu w naszym kraju wynoszą 177,3/100 tys. mężczyzn i 125/100 tys. kobiet¹³. Rośnie zapotrzebowanie na wysoko wyspecjalizowane postępowanie rehabilitacyjne.

Przemiany obyczajowe

Wnikliwa analiza wykazuje, że przemiany obyczajowe oraz nowe zachowania populacyjne wyznaczają kolejne istotne czynniki ryzyka niepełnosprawności.

– Hipokineza – powoduje postępujący spadek wydolności i sprawności fizycznej z wszystkimi konsekwencjami dysfunkcji układowych, zwłaszcza chorób układu krążenia i choroby przeciążeniowej narządów ruchu.

– Otyłość – z konsekwencjami dysfunkcji układowych. WHO przestrzega przed „epidemią” otyłości, w USA np.: już 55% populacji dorosłej ma nadwagę, a u 22% można stwierdzić otyłość. Brak jest polskich danych, występują natomiast już zwiastuny twego zjawiska. Otyłość i hipokineza są często połączone.

– Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najczęstszych chorób, z jakimi styka się lekarz w codziennej praktyce. Dane epidemiologiczne wskazują, że w Polsce schorzenie to występuje u blisko połowy dorosłej populacji. Nadciśnienie tętnicze jest niezależnym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, a jego skuteczna kontrola oraz leczenie powikłań stanowią jedno z najkosztowniejszych zadań współczesnej medycyny¹⁴. Nadciśnienie tętnicze coraz częściej towarzyszy otyłości i cukrzycy, stwarzają razem stany wymagające ukierunkowanego postępowania rehabilitacyjnego.

– Niska kultura techniczna – złe „konsumowana” motoryzacja, nieujarzmiona mechanizacja rolnictwa powodują zastraszająco wysoką wypadkowość wśród dzieci. Stany pourazowe wymagają często złożonego i długoterminowego procesu rehabilitacji i nie zawsze zapobiegają trwałym niepełnosprawnościom.

– Uzależnienia: narkomania, lekomania, alkoholizm, pracoholizm, TV-mania, komputero-mania etc. to kolejne dynamicznie rozwijające się obszary nowych zachowań obyczajowości, wymagające zorganizowanej prewencji.

¹² <http://www.servier.pl/czasopisma/choroby—zyl/20/start.php>.

¹³ A. Kobayashi, M. Niewadan, A. Członkowska, *Udar mózgu – wybrane aspekty epidemiologiczne*. <http://www.lekseek.com/lekseek/servier.php>.

¹⁴ K. Widecka, *Czy naprawdę można tanio i skutecznie leczyć nadciśnienie tętnicze?* „Nadciśnienie Tętnicze” nr 22/2004; T. Grodzicki, B. Gryglewski, T. Baron, *Nadciśnienie tętnicze u osób w wieku podeszłym a układ sympatyczny – implikacje terapeutyczne*. „Nadciśnienie tętnicze” nr 13/2004.

PODSUMOWANIE

Zdobyte wiedzy i techniki kształtujące medycynę XXI w., rozszerzając możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, stwarzają wręcz niewyobrażalne perspektywy dalszego ich rozwoju. Należy przewidywać, że zwielokrotnią ingerencje chirurgiczne, które w większości przypadków wymagać będą wdrożenia postępowania rehabilitacyjnego. Wymagać to będzie wnikliwej analizy ilościowo-jakościowej i oceny nowych potrzeb rehabilitacyjnych. Niepełnosprawności, będące wynikiem przemian demograficznych, obyczajowych i zachowań, to społecznie nieświadomione jeszcze obszary ryzyka niepełnosprawności. Tymczasem w Polsce brak jest rządowego programu monitorującego niepełnosprawność¹⁵, brak jest danych, pozwalających na planowanie potrzeb rehabilitacyjnych i możliwości ich zaspokojenia, a więc potrzeb w zakresie specjalistycznych kadr, ośrodków rehabilitacyjnych, edukacyjnych i szkolenia zawodowego dla osób z niepełnosprawnościami. Piętrzą się bariery rehabilitacyjne i to nie tylko z powodu braku środków finansowych, lecz głównie w postaci braku spójności organizacyjnej w rehabilitacji.

Na podstawie analizy sytuacji i rozpoznania dezintegracji systemu rehabilitacji kompleksowej w Polsce wyłania się konieczność wypracowania spójnego, realnego projektu programu odbudowy Systemu Rehabilitacji Kompleksowej. Niezbędny staje się państwowy projekt planu krótkofalowego (4-5 lat) oraz długofalowego do 10-15 lat. Dobrze byłoby, aby społeczeństwa uświadomiły sobie, że nadchodzi czas kiedy poziom kultury będzie mierzony poziomem rehabilitacji.

ALEKSANDER KABSCH

ABSTRACT

The number of people with disabilities is rising disturbingly. There are different causes of this. „The European Year of People with Disabilities 2003” encourages wider reflections on the disabled people in society and their rehabilitation needs. The growth tendencies of various disabilities create a social need for the development of complex rehabilitation. The present-day paradox is that the progress of knowledge, especially in the scope of biomedical and technical science, while creating new diagnostic and therapeutic possibilities – by saving lives, it increases the percentage of people with different psychophysical dysfunctions. The attention was turned to demographic changes (mainly the aging process of society), and also the moral and social behaviour changes (hypokineses, obesity, addictions etc.) as the next dynamically developing factors which release certain kinds of disabilities. The urgent formulating of disability-monitoring programs and implementation of national and social programs of rehabilitation prophylactics, as well as programs of complex rehabilitation for individual age populations is becoming a necessity.

¹⁵ „Health and Activity Limitation Surveys” HALSw ramach „Canadian Census”, lub „USA National Long-Term Care Surveys”, albo „Health Surveys in the EU: HIS and HIS/HES evaluations and models” by Health Interview Surveys (HIS) and Health Examination Surveys (HES).